



Zorg Plan

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen

Ingangsdatum 1 januari 2013

Inhoudsopgave

	pag.		pag.		
Algemene voorwaarden Zorg Plan	2	Artikel 13	Niet-klinische dialyse	20	
Artikel 1	Begripsbepalingen	2	Artikel 14	In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie	20
Artikel 2	Grondslag van de basisverzekering	5	Artikel 15	Oncologieonderzoek bij kinderen	21
Artikel 3	Aanmelding en inschrijving	5	Artikel 16	Astma Centrum in Davos (Zwitserland)	21
Artikel 4	Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering	5	Artikel 17	Mechanische beademing	21
Artikel 5	Verplichtingen van de verzekerde	6	Artikel 18	Trombosedienst	22
Artikel 6	Onrechtmatige inschrijving	7	Artikel 19	Audiologisch centrum	22
Artikel 7	Verplicht eigen risico	7	Artikel 20	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	22
Artikel 8	Vrijwillig gekozen eigen risico	8	Artikel 21	Huisartsenzorg	22
Artikel 9	Premie	8	Artikel 22	Ketenzorg	22
Artikel 10	Automatische Incasso	10	Artikel 23	Stoppen-met-roken-programma	23
Artikel 11	Wijziging van premie en/of voorwaarden	10	Artikel 24	Farmaceutische zorg	23
Artikel 12	Aanspraken	10	Artikel 25	Fysiotherapie en oefentherapie	24
Artikel 13	Geldend maken van zorgaanspraken	11	Artikel 26	Ergotherapie	26
Artikel 14	Aansprakelijkheid	11	Artikel 27	Logopedie	26
Artikel 15	Aansprakelijkheid van derden	11	Artikel 28	Dieetadvisering	26
Artikel 16	Geschillen	11	Artikel 29	Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus	27
Artikel 17	Persoonsgegevens	12	Artikel 30	Hulpmiddelen	27
Artikel 18	Fraude	12	Artikel 31	Prenatale screening	28
Artikel 19	Buitenland	13	Artikel 32	Bevalling en verloskundige zorg	28
Aanspraken Zorg Plan	14	Artikel 33	Kraamzorg	28	
Artikel 1	Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis	14	Artikel 34	Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis	29
Artikel 2	Zelfstandig behandelcentrum	14	Artikel 35	Vervoer van zieken	29
Artikel 3	Plastische chirurgie	15	Mondzorg artikelen 36 t/m 42	30	
Artikel 4	Medisch specialistische zorg (poliklinisch)	15	Artikel 36	Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	30
Artikel 5	Medisch specialistische zorg (extramuraal)	16	Artikel 37	Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie	30
Artikel 6	Second opinion	16	Artikel 38	Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)	31
Artikel 7	Orgaantransplantaties	16	Artikel 39	Implantaten	31
Artikel 8	Revalidatie	17	Artikel 40	Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	32
Artikel 9	Dyslexiezorg	18	Artikel 41	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	32
Artikel 10	Eerstelijnspsychologische zorg	18	Artikel 42	Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	32
Artikel 11	Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)	19			
Artikel 12	Psychiatrische ziekenhuisopname	19			

Algemene voorwaarden Zorg Plan

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Avéro Achmea

Avéro Achmea is een handelsnaam van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een 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 bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

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.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruiksstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen de zorgverzekeraar en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist,

oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door de zorgverzekeraar, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche 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.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke 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 door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

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'.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de basisverzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Aevitea B.V.

YouCare (serviced bij Aevitae)

De gevolmachtigde agent aan wie door Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform

de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Avéro Achmea Zorgverzekerings N.V.

Avéro Achmea Zorgverzekerings N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12001023.

Artikel 2 Grondslag van de basisverzekering

- 2.1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Deze verzekeringsovereenkomst is tevens gebaseerd op het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2** Bij het invoeren van zorg moet u het polisblad of de zorgpas tonen aan de zorgverlener. De zorgpas wordt niet automatisch aan u verstrekt. Deze kunt u opvragen via Mijn YouCare of per telefoon. Op de achterkant van uw zorgpas vindt u de Europese gezondheidskaart.
- 2.3** De aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg op basis van deze basisverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij ons gedeclareerd worden, tenzij er tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar een overeenkomst is, op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- 2.4** De aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5** U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1** U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (zoals beschreven in artikel 2.1).
- 3.2** Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op en/of vergoeding van de kosten van zorg volgens deze wet.
- 3.3** Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen uw BSN gebruiken.
- 3.4** **AANMELDING OP GROND VAN ARTIKEL 9A T/M D VAN DE ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)**
- 3.4.1** Wanneer het College voor Zorgverzekeringswet (CVZ) u op grond van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering bij ons verzekerd heeft, kunt u gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ u daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien u aan het CVZ en aan ons kunt aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere zorgverzekering verzekerd te zijn geweest.
- 3.4.2** In afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn wij bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- 3.4.3** U kunt, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering

4.1 INGANGSDATUM EN DUUR VAN UW BASISVERZEKERING

- 4.1.1** De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2** Wanneer degene ten behoeve van wie de basisverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een basisverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de basisverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de basisverzekering op die latere dag in.
- 4.1.3** Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- 4.1.4** Wanneer de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zo nodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd.
- 4.1.5** Een bij ons lopende basisverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende

kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.

- 4.1.6** De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

4.2 EINDE VAN UW BASISVERZEKERING

- 4.2.1** U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. U kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgave van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan u (verzekeringnemer) terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons.

- 4.2.2** U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering beëindigen:

- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De basisverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
- door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt;
- als u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere basisverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering binnen is, kan de basisverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.
- wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het beëindigen van of het aangaan van een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
- bij beëindiging van deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, óf door deelname aan een collectieve basisverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat deelname aan het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.

- 4.2.3** De basisverzekering eindigt:

- met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de basisverzekering voldoet;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
- bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 18;
- bij overlijden;
- als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren.

Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de basisverzekering eindigt.

- 4.2.4** Wanneer uw basisverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 5 Verplichtingen van de verzekerde

5.1 U BENT VERPLICHT:

- a bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument;
 - b de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
 - c aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
 - d ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - e aan ons, binnen 30 dagen nadat u gedetineerd bent, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
 - f aan ons, binnen twee maanden nadat u in vrijheid bent gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.
- De verplichtingen onder e. en f. worden u opgelegd in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

- 5.2** Wanneer u zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een originele en duidelijk gespecificeerde nota.

U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren.

Op het moment dat u van deze mogelijkheid gebruik maakt bent u verplicht de originele nota's tot 1 jaar, nadat deze door ons zijn ontvangen, te bewaren. Wij behouden ons het recht voor deze originele nota's bij u op te vragen indien wij dat noodzakelijk achten. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.

- 5.3** U bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de basisverzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de basisverzekering van toepassing is.

In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een

lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

- 5.4** U (verzekeringnemer) bent verplicht ons binnen een maand op de hoogte te stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de basisverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, langdurig verblijf in het buitenland en dergelijke. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.
- 5.5** Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg, dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

Artikel 6 Onrechtmatige inschrijving

- 6.1** Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet langer) verzekeringsplicht bestaat.
- 6.2** Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand.

Artikel 7 Verplicht eigen risico

- 7.1** Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 7.2** Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
- 7.3** Op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 350,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:
- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 7.4** **VRIJSTELLING VERPLICHT EIGEN RISICO**
Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' vallend onder artikel 10 van de vergoedingen van het Zorg Plan.
Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond.
- 7.5** De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.6** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18-jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7** Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8** Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.9** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.

- 7.10** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.11** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.
- 8.2** Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
- 8.3** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 8.9** U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

Artikel 9 Premie

9.1 PREMIEVASTSTELLING EN PREMIEHEFFING

- 9.1.1** De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2** Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.1.3** Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt uw recht op collectiviteitkorting van deze collectiviteit.

9.2 HET BETALEN VAN DE PREMIE

9.2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.

9.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op of vergoeding van de kosten van zorg.

9.2.3 Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. In geval van fraude of misleiding kunnen wij van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 NIET-TIJDIGE BETALING

9.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen.

Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3.2 Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

9.3.3 Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.

9.3.4 Artikel 9.3.3 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.

9.4 PROCEDURE RONDOM HET NIET BETALEN VAN DE PREMIE EN DE BESTUURSRECHTELIJKE PREMIE

9.4.1 Indien er een achterstand in de premie is ontstaan ter hoogte van twee maandpremies bieden wij u (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan.

De betalingsregeling bestaat in ieder geval uit de volgende elementen:

- een machtiging van u (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen;
- afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van u (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden;
- een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of de opdracht, bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), nakomt.

9.4.2 Indien u (verzekeringnemer) een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a lid 1 Zvw is ontstaan, bestaat het aanbod tevens uit een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
- deze, indien deze zorgverzekering bij ons is gesloten, ter zake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van artikel 9.4.1, aan ons heeft afgegeven.

9.4.3 In het aanbod staat tevens opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden. Indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van vier maanden een waarschuwing (4- maandsbrief) dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregiem als de achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot zes maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.

9.4.4 Indien artikel 9.4.2 van toepassing is dan zenden wij de verzekerde(n) afschriften van de stukken die wij in het kader van artikel 9.4.1 tot en met artikel 9.4.3 aan u (de verzekeringnemer) sturen. Dit geschiedt gelijktijdig.

9.4.5 Indien wij ons standpunt op de betwisting handhaven kunt u (verzekerde of verzekeringnemer) binnen een termijn van vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of aan de burgerlijk rechter (artikel 18b lid 2 Zvw).

9.4.6 Zodra een achterstand in premie (zonder incassokosten en rente) ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u (verzekeringnemer en/of verzekerde), aan het CVZ, en aan u (verzekeringnemer en/of verzekerde). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden. Deze melding geschiedt niet indien:

- de premieachterstand door u (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben kenbaar gemaakt;
- gedurende de in artikel 9.4.5 genoemde termijn;
- in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- indien u (verzekeringnemer) zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat u in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).
- indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 9.4.1 ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan en zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

9.4.7 Indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, de vordering uit hoofde van zorgkostennota's, wettelijke rente en eventuele incassokosten heeft voldaan melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en u (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.

- 9.4.8** Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CVZ direct op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

9.5 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 10 Automatische Incasso

10.1 Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

10.2 Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u (verzekeringnemer) te versturen. Dit is echter niet van toepassing voor de premie. De vooraankondiging van de premie vindt eenmalig per jaar plaats via toezending van het polisblad.

Artikel 11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

11.1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.
U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.

11.2 Als een wijziging in de voorwaarden en/of aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u (verzekeringnemer) hiervoor één maand de tijd nadat de wijziging door ons aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.

Artikel 12 Aanspraken

12.1 Deze basisverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

12.2 U heeft aanspraak op zorg c.q. vergoeding van kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

Uitsluitingen

12.3 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van zorg die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

12.4 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.

12.5 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken en door u niet afgehaalde hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten (ongeacht of het verzoek tot levering door u of door de voorschrijver bij de zorgverlener is ingediend).

12.6 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van alternatief/complementair arts.

12.7 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

12.8 TERRORISME

- 12.8.1** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een 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 (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 12.8.2** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op het in lid 12.8.1 vermelde recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 13 Geldend maken van zorgaanspraken

- 13.1** Als u zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de basisverzekering heeft u de keuze uit elke zorgverlener of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/ waarmee zo een overeenkomst bestaat.
- 13.2** Als u zorg wenst van een zorgverlener of instelling met wie/waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten en de zorgverzekeraar voldoende zorg heeft ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen betaling verschuldigd is heeft u aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wmg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor informatie over de hoogte van de vergoeding. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 13.3** U heeft recht op zorgbemiddeling.
- 13.4** Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor u aan de zorgverlener teveel betaalde.

Artikel 14 Aansprakelijkheid

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de basisverzekering.

Artikel 15 Aansprakelijkheid van derden

- 15.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 15.2** Als u wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde, als bedoeld in het eerste lid, bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 15.3** U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt.
U mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als u daarvoor de schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 16 Geschillen

- 16.1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 16.2** Wanneer u het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of u bent ontevreden over onze dienstverlening dan kunt u uw klacht binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de dienstverlening aan u is verleend voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet of faxbericht aan ons voorleggen.
- 16.3** Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvangt u hiervan een bevestiging. U ontvangt uiterlijk binnen 30 dagen een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de

afdeling Klachtenmanagement u hierover.

- 16.4** Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail of faxbericht bij de afdeling Klachtenmanagement indienen. U ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt uiterlijk binnen 30 dagen een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de afdeling Klachtenmanagement u hierover.
- 16.5** In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 16.6** De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijke rechter te stappen, zelfs nadat de SKGZ een bindend advies heeft uitgebracht.
- 16.7** Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars te allen tijden het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ verwijzen wij u naar de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 17 Persoonsgegevens

- 17.1** Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van toepassing.
- 17.2** Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij YouCare (serviced bij Aevitae), Postbus 2705, 6401 DE Heerlen.
- 17.3** In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.
- 17.4** Vanaf het moment dat de basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de basisverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Artikel 18 Fraude

- 18.1** Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
- 18.2** Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 18.3** Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
- a aangifte doen bij de politie;
 - b de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen en u pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten;
 - c registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 19 Buitenland

- 19.1** Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door de zorgverzekeraar in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.2** Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.3** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.
- 19.4** **OMREKENKOERS BUITENLANDSE VALUTA**
Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.
- 19.5** **NOTA'S UIT HET BUITENLAND**
De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Aanspraken Zorg Plan

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis.

De door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u ons ten minste drie weken voor de ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 12 van toepassing.

Artikel 2 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- verpleging en verzorging;
- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandelingen door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zelfstandig behandelcentra kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige zorg in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Artikel 3 Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschoot minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard) bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

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

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Bij behandelingen door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

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

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Bij behandeling door een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerd extramuraal werkend specialist. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Artikel 6 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.
- U dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- U moet een kopie van het medisch dossier van de eerste behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de tweede behandelaar.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

Artikel 7 Organtransplantaties

U heeft aanspraak op:

- transplantatie in een ziekenhuis van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woon-achtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en de overige transplantatie kosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

Bij transplantatie in een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zelfstandig behandelcentra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentra kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

Wij vergoeden de kosten van medisch specialistische revalidatie, maar uitsluitend als:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- 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 een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft bij revalidatie in een klinische situatie, recht op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Bij behandeling door een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

8.2 GERIATRISCHE REVALIDATIE

Wij vergoeden de kosten van geriatrische revalidatie. Deze zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van u, zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:

- de zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan een verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering.

Bij behandeling door een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Artikel 9 Dyslexiezorg

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen-, tien- elf- of twaalfjarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden alleen de kosten van het stellen van de diagnose wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 10 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener en/of kinder- en jeugdpsycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

De zorg omvat ten hoogste vijf zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele consulten. Voor telefonische- en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, orthopedagoog-generalist of seksuologisch hulpverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend. Een overzicht met de door de zorgverzekeraar erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- U moet, met uitzondering van het internetprogramma 'Kleurjeleven.nl', zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- De orthopedagoog-generalist behandelt uitsluitend kinderen en jeugdigen tot 18 jaar.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 11 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van een psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog plaats te vinden (hoofdbehandelaar).

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 12 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet psychiatrische ziekenhuisopname. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 11;
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ-instelling vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ-instelling. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ-instellingen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde GGZ-instellingen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 13 Niet-klinische dialyse

Wij vergoeden de kosten van dialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast vergoeden wij bij thuisdialyse:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Bij behandeling door een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

Artikel 14 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

14.1 IVF

U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende vier fasen:

- a rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- c bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde een zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de eerste en tweede poging, slechts één embryo mag worden teruggeplaatst, als u de leeftijd van 38 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die zijn afgebroken voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap tellen mee voor het aantal pogingen. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van ten minste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door de zorgverzekeraar vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

14.2 OVERIGE VRUCHTBAARHEIDSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door de zorgverzekeraar vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

14.3 INVRIEZEN VAN SPERMA

U heeft aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.

Voorwaarde

De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologische vergelijkbare behandeling) dat het volgende omvat:

- een grote operatie aan/om de geslachtsdelen;
- een chemotherapeutische behandeling en/of een radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

14.4 VITRIFICATIE VAN HUMANE EICELLEN EN EMBRYO'S

U heeft aanspraak op vitrificatie (invriezen) van humane eicellen en embryo's bij de volgende medische indicaties:

- behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen.
- operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Daarnaast zijn er nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheidsoverwegingen, namelijk:

- additionele medische indicatie:
 - bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovariële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben.
- IVF-gebonden indicaties:
 - tijdens het verloop van een IVF poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt):
 - bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit;
 - invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij medische indicaties omvat de aanspraak de volgende onderdelen van de behandeling:

- follikelstimulatie;
- eicelpunctie;
- vitrificatie van eicellen.

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een IVF poging omvat de aanspraak alleen het vitrificeren van eicellen.

Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdooiing van ingevroren eicellen bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-behandeling, zoals beschreven in artikel 14.1. Daarbij geldt dat u op het moment van terugplaatsing de leeftijd van 43 jaar nog niet mag hebben bereikt.

Voorwaarden

- De vitrificatie moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt op basis van de genoemde indicaties vitrificatie vergoed tot en met de leeftijd van 42 jaar.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door de zorgverzekeraar vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

Artikel 15 Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft aanspraak op de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) uitgevoerde centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Artikel 16 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

U heeft aanspraak op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 17 Mechanische beademing

U heeft aanspraak op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt bestaat de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en de daarbij toegepaste farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een longarts.

Artikel 18 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- het aan u ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kan meten;
- het opleiden van uzelf in het gebruik van de in de vorige zin bedoelde apparatuur en het begeleiden van u bij uw metingen;
- het geven van adviezen aan u omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist.

Artikel 19 Audiologisch centrum

U heeft aanspraak op zorg in een audiologisch centrum. De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerd audiologisch centrum. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde audiologische centra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts, triage-audicien, specialist ouderengeneeskunde of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

U heeft aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -advisering in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Artikel 21 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Artikel 22 Ketenzorg

U heeft aanspraak op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD als de zorgverzekeraar hierover met een zorggroep afspraken heeft gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes mellitus type 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Als u geen gebruik maakt van ketenzorg via een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 4, 5, 21 en 28 van deze polis. Bij diabetes mellitus type 2 heeft u eveneens recht op voetzorg conform artikel 29 van deze polis.

De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De zorgonderdelen die deel uit maken van de ketenzorg moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus of de zorgstandaard COPD.

Artikel 23 Stoppen-met-roken-programma

Wij vergoeden maximaal eenmaal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.

Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken, zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Wanneer u een programma volgt bij een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige.
- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Artikel 24 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het Reglement Farmaceutische Zorg.

Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met de zorgverzekeraar een IDEA-contract heeft gesloten;
- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar en zijn opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met de zorgverzekeraar een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde apotheekhoudende. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

De door Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden op onze website. Evenals het Reglement Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Reglement Farmaceutische Zorg en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door

Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.

- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat wij aanvullende eisen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of de randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval vergoeden wij deze (deel)prestaties uitsluitend indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische noodzaak bestaat, zoals beschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg in de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' onder nummer 64 Anticonceptiva;
- geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis; farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet; geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn);
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Reglement Farmaceutische Zorg);
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 25 Fysiotherapie en oefentherapie

Let op! Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze 'Chronische lijst' opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn hierop staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wilt u weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kunt u dit aan uw fysiotherapeut vragen. De lijst kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. U kunt bij vragen ook contact met ons opnemen.

25.1 CHRONISCHE AANDOENINGEN

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 20 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde huidtherapeut. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak;

eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

25.2 NIET-CHRONISCHE AANDOENINGEN

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening vergoeden wij, als dit medisch noodzakelijk is, maximaal 9 extra behandelingen; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt de screening en de intake en het onderzoek na deze screening echter slechts als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde huidtherapeut. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

25.3 BEKKENFYSIOTHERAPIE IN VERBAND MET URINE-INCONTINENTIE

Wij vergoeden éénmaal per indicatie de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandelingen door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde bekkenfysiotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding bekkenfysiotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de bekkenfysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

Artikel 26 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.
De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde ergotherapeut. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ergotherapeuten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
Op de vergoeding ergotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door de zorgverzekeraar gecontracteerde ergotherapeuten waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten dan wel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 27 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde logopedist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde logopedist. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding logopedie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door de zorgverzekeraar gecontracteerde logopedisten waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL (Directe Toegang Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten dan wel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 28 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van 3 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde diëtist. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding dieetadvies is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van dieetadvies vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTD (Directe Toegang Diëtist) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten dan wel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 29 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Wij vergoeden aan verzekerden met diabetes de kosten van voetonderzoek en behandeling, bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- Als de behandeling wordt uitgevoerd door een pedicure, stellen wij de volgende eisen:
- De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of als medisch pedicure, geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- U moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) eenmalig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen:
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden. Tevens dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met diabetes mellitus type 2 die aanspraak hebben op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 waar de voetbehandeling in is opgenomen (artikel 22).
- Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Vergoeding is eventueel mogelijk onder de dekking van artikel 30, Hulpmiddelen.

Artikel 30 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;

overeenkomstig het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wanneer u een hulpmiddel aanschaft bij een hiervoor niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. Informatie over het hulpmiddel en de door de zorgverzekeraar gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Conform het Reglement Hulpmiddelen omvat de vergoeding, in afwijking van artikel 12.1 van de algemene voorwaarden basisverzekering en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 3 van het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet gecontracteerde leveranciers heeft u altijd vooraf toestemming van ons nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 1 tot en met 5.

Artikel 31 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband moet hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

31.1 COUNSELING

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

31.2 STRUCTUREEL ECHOSCOPISCH ONDERZOEK (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

31.3 COMBINATIETEST

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundigen die zijn gecontracteerd voor het uitvoeren van prenatale screening, de hiervoor door de zorgverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 32 Bevalling en verloskundige zorg

32.1 MET MEDISCHE NOODZAAK

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundigen kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

32.2 ZONDER MEDISCHE NOODZAAK

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige of geboortecentrum vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige of geboortecentra. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundigen en geboortecentra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen en geboortecentra kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 33 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg:

- thuis of in een geboorte- of kraamcentrum. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur. Als u de noodzakelijke kraamzorg laat verzorgen door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd geboorte- of kraamcentrum, komt daarbij een extra eigen betaling van € 8,- per uur. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde geboorte- en kraamcentra kunt u vinden via de Zorggids op onze website of bij ons opvragen.
- De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- in het ziekenhuis. Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 114,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de brochure 'Bevalling en Kraamzorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 34 Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis

In plaats van de in artikel 1, 2, 11, 12 en 13 bedoelde verpleging in een intramurale instelling, heeft u ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarde

U moet nog onder behandeling staan van de medisch specialist.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

Artikel 35 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 95,- per persoon per kalenderjaar.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt;
- naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer alleen als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak heeft.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of vanuit de AWBZ wordt vergoed.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Mondzorg artikelen 36 t/m 42

U heeft aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 36 t/m 42. Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 36 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

U heeft aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal tweemaal per jaar een fluorideapplicatie vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen en wij u vooraf toestemming hebben gegeven;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.
- Bij behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing van de tandarts, tandartspecialist of huisarts nodig.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervangende met een implantaat en de prothetische vervolgbehandeling.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).
- Als zorg nodig is zoals omschreven in artikel 40, 41 of 42 dient een machtiging te worden aangevraagd.

Artikel 37 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie

U heeft aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg of een andere medisch specialist.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - osteotomie (kaakoperaties) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij u toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - plastische chirurgie.
- Extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum kaakchirurgie moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.
- U heeft alleen aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).
- De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 38 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- **Gecombineerde boven- en onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.200,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- **Volledige boven- of een volledige onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

Artikel 39 Implantaten

39.1 IMPLANTATEN

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

39.2 UITNEEMBARE VOLLEDIGE PROTHESE OP IMPLANTATEN

U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. Tevens heeft u aanspraak op reparatie en rebasing van uitneembare volledige prothesen op implantaten.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

Artikel 40 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

U heeft aanspraak op tandheelkundige zorg als u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebt en zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke u zou hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- U heeft alleen aanspraak wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 41 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp betalen verzekerden vanaf 18 jaar een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien dit artikel niet van toepassing is.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 39.

Artikel 42 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op orthodontische behandeling bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.