

Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekeringen
en Aanvullende Verzekeringen
per 1 januari 2014



Geldig vanaf 1 januari 2014

Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekeringen

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2014


De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen

Hoe werkt uw verzekering?

Aan de hand van het voorbeeld "ergotherapie" laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken, zodat u weet waarvoor u verzekerd bent. Dit boekje geldt namelijk voor al onze verzekerden maar niet alle artikelen zijn op u van toepassing.

1. Alfabetische lijst vergoedingen

In de "Alfabetische lijst vergoedingen" (vanaf pagina 6) zoekt u Ergotherapie op, onder de "e" (zie pijl 1 in onderstaand plaatje):



Vergoeding	Zorgverzekering		Aanvullende verzekering	
	artikel	bladzijde	artikel	bladzijde
Ergotherapie, algemeen	B.9.	54	D.17.1.	123
Ergotherapie, instructie mantelzorgers			D.17.2.	123
...				

2. Zorgverzekering

In de 2e kolom (zie pijl 2) vindt u het artikelnummer en de bladzijde waarop de dekking van de zorgverzekering staat. In artikel B.9. leest u dat u recht hebt op vergoeding tot maximaal 10 behandelingen per jaar. Ook leest u aan welke voorwaarden voldaan moet worden en wat er eventueel niet onder deze vergoeding valt.

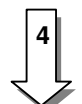
3. Aanvullende verzekering

In de 3e kolom (zie pijl 3) vindt u het artikelnummer en de bladzijde waarop de dekking van de aanvullende verzekering staat. In artikel D.17.1. leest u waar u recht op hebt en wat de voorwaarden zijn. Ook leest u dat u op uw Vergoedingen Overzicht kunt zien hoe hoog die vergoeding is.

4. Vergoedingen Overzicht

U kijkt op uw Vergoedingen Overzicht of artikel D.17.1. is opgenomen in uw aanvullende verzekering en wat de hoogte van de vergoeding is. Komt Ergotherapie, artikel D.17.1. niet voor op uw Vergoedingen Overzicht? Dan hebt u geen recht op een aanvullende vergoeding (dus alleen de vergoeding uit de zorgverzekering).

Het onderstaand plaatje is een gedeelte van het Vergoedingen Overzicht. Daaruit kan blijken dat u wél verzekerd bent voor Ergotherapie (zie pijl 4). Op het Vergoedingen Overzicht vindt u dan ook de concrete informatie voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is. Het nummer in de kolom Voorwaarden verwijst naar het artikelnummer in dit boekje.



Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Ergotherapie		D.17.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de basisverzekering	D.17.1.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.17.2.

5. Verzekeringsvoorwaarden

Dit boekje verzekeringsvoorwaarden is verdeeld in 4 hoofdstukken:

- o in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de zorgverzekering en aanvullende ver-

- zekering;
 - in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw zorgverzekering;
 - in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de ziektekostenverzekeringen;
 - in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.
- Hoofdstukken A en B gelden dus voor alle zorgverzekeringen. Hoofdstukken A, C en D gelden voor de aanvullende verzekeringen.

6. Internet

Op onze internetsite vindt u nog meer informatie zoals:

- "Zorgzoeker": hierin kunt u zoeken naar allerlei informatie over zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij wie u terecht kunt voor bepaalde zorg en welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd of erkend;
- "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie": in dit document leest u of (en voor hoeveel) u aanspraak kunt maken op vergoedingen uit de zorgverzekering voor fysiotherapie en/of oefentherapie. Als u geen recht hebt op vergoeding uit de zorgverzekering, komen de behandeling meteen uit uw aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking;
- diverse bijlages die horen bij uw verzekering, zoals een bijlage met premies en vergoedingstarieven; met uw wachtwoord of DigiD kunt u naar uw persoonlijke pagina. Hier kunt u uw polisblad, ingediende nota's of vergoedingen op elk moment van de dag bekijken en wijzigingen doorgeven.

INHOUDSOPGAVE

Hoe werkt uw verzekering?	2
INHOUDSOPGAVE	4
Alfabetische lijst vergoedingen	6
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).....	11
Welke zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen?.....	11
HOOFDSTUK A.....	12
ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN.....	12
A.1. Begripsomschrijvingen	12
A.2. Grondslag van uw verzekering.....	17
A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering	18
A.4. Begin en duur van uw verzekering.....	19
A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?	20
A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering	21
A.7. Hoogte van premie en kosten	22
A.8. Betaling van premie en kosten.....	22
A.9. Betalingsachterstand.....	23
A.10. Premie en kosten na beëindiging.....	24
A.11. Verandering van premiegrondslag	24
A.12. Verplicht eigen risico	24
A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico	27
A.14. Algemene verplichtingen.....	28
A.15. Doorgeven van informatie	28
A.16. Registratie en controle	29
A.17. Zorgaanbieders	30
A.18. Zorgadvies en akkoordverklaring	31
A.19. Nota's	32
A.20. Tarieven	33
A.21. Algemene uitsluitingen	37
A.22. Geschillen.....	39
A.23. Klachten	40
A.24. Nederlands Recht.....	40
A.25. Wat als situatie niet is geregeld?	40
HOOFDSTUK B.....	41
ZORG IN ZORG-VERZEKERING	41
B.1. Verzekerde zorg.....	41
B.2. Buitenlandzorg	42
B.3. Huisartsenzorg	43
B.4. Medisch specialistische zorg.....	44
B.5. Zorg voor de bevalling.....	53
B.6. Zorg tijdens de bevalling	55
B.7. Zorg na de bevalling.....	56
B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck.....	57
B.9. Ergotherapie.....	58
B.10. Logopedie.....	59
B.11. Dieetadvisering.....	59
B.12. Mondzorg voor alle leeftijden	60
B.13. Mondzorg tot 18 jaar	62
B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar	63
B.15. Geneesmiddelen	64
B.16. Dieetpreparaten.....	69
B.17. Hulpmiddelenzorg	70
B.18. Ziekenvervoer.....	72
B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).....	74

B.20. Dyslexiezorg	79
B.21. Preventie	80
B.22. Voorwaardelijke zorg	80
B.23. Voetzorg	81
HOOFDSTUK C.....	83
ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	83
C.1. Begripsomschrijvingen	83
C.2. Grondslag van uw aanvullende verzekeringen en niet-wettelijke zorgverzekering	84
C.3. Aard, inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering	85
C.4. Begin en duur van uw aanvullende verzekering	85
C.5. Verwijzing.....	85
C.6. Beëindigen of wijzigen	86
C.7. Hoogte premie en kosten	86
C.8. Premie en kosten na beëindiging.....	87
C.9. Vergoeding	87
C.10. Algemene uitsluitingen	87
C.11. Afwijkende voorwaarden.....	89
HOOFDSTUK D.....	93
ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	93
D.1. Medisch specialistische zorg	93
D.2. Preventie	97
D.3. Geneesmiddelen	102
D.4. Hulpmiddelenzorg	104
D.5. Stottertherapie.....	110
D.6. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).....	110
D.7. Alternatieve zorg en Psychosociale zorg.....	112
D.8. Mondzorg	113
D.9. Kuurbehandeling	116
D.10. Huidtherapieën.....	116
D.11. Obesitas behandeling	118
D.12. Ziekenvervoer	118
D.13. Verblijf	120
D.14. Buitenlandzorg	124
D.15. Voetzorg	125
D.16. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck	127
D.17. Ergotherapie.....	127
D.18. Dieetadvisering	128
D.19. Zorg voor de bevalling	128
D.20. Zorg tijdens de bevalling	129
D.21. Zorg na de bevalling	129
D.22. Beweegprogramma's	132
D.23. Thuisverpleging / huishoudelijke verzorging	133

Alfabetische lijst vergoedingen

Vergoeding	Basis artikel	verzekering bladzijde	Aanvullende artikel	Verzekering bladzijde
Acnebehandeling			D.10.3.	117
ADL-hulpmiddelen			D.4.11.	107
Adoptie, kraamzorg			D.21.8.	131
Adoptie, medische screening			D.2.4.	99
Alarmering (persoons)			D.4.16.	109
Alarmering (epilepsie)			D.4.20.	109
Allergeenvrije schoenen	B.17.	70	D.4.19.	109
Alternatieve zorg en psychosociale zorg			D.7.1.	112
Alternatieve geneesmiddelen			D.7.2.	113
Anticonceptiemiddelen (anticonceptiva)	B.15.1.	65	D.3.5.	103
Audiologische zorg	B.4.13.	52		
Beademing, mechanisch	B.4.9.	50		
Behandeling tegen snurken			D.1.8.	96
Bekkenfysiotherapie	B.8.2.	57		
Besnijdenis (circumcisie)			D.1.5.	94
Bewakingsmonitor (thuis)			D.4.10.	107
Beweegprogramma's, algemeen			D.22.1.	132
Beweegprogramma's voor bepaalde aandoeningen			D.22.2.	132
Bezoekkosten			D.12.3.	119
Borstprothese, vervanging	B.4.5.	46	D.1.9.	97
Bovenooglid correctie			D.1.6.	95
Braces en bandages			D.4.18.	109
Brillen en contactlenzen			D.4.7.	106
Buitenlandzorg	B.2.	42	D.14.	124
Buitenlandzorg, inenting en tabletten			D.2.3.	98
Buitenlandzorg, niet-spoedeisend	B.2.	42		
Buitenlandzorg, spoedeisend	B.2.	42	D.14.1.	124
Camouflagetherapie			D.10.4.	117
Circumcisie (besnijdenis)			D.1.5.	94
Condooms			D.4.17.	109
Consulten voor vrouwen			D.2.5.	99
Contributie patiëntenvereniging			D.2.9.	101
Correctie van de bovenogleden			D.1.6.	95
Correctie van de oorstand (flaporen)			D.1.3.	94
Cosmetische behandelingen			D.1.7.	96
Couveuse nazorg			D.21.5.	131
Cursussen			D.2.8.	100
Cursus rondom de bevalling			D.19.2.	128
Diabetes, teststrips			D.4.15.	108
Diabetes, voetzorg	B.23.	81		
Dialyse zonder opname	B.4.8.	50		
Dieetadvisering	B.11.	59	D.18.	128

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2014

Vergoeding	Basis artikel	verzekering bladzijde	Aanvullende artikel	Verzekering bladzijde
Dieetadvisering bep. chronische indicaties	B.11.1.	59		
Dieetadvisering in overige gevallen	B.11.2.	60		
Dieetpreparaten (drink- en sondevoeding)	B.16.	69		
Dyslexiezorg	B.20.	79		
Echoscopie	B.5.2.	54		
Eigen bijdrage geneesmiddelen	B.15.1.	65	D.3.2.	102
Eigen bijdrage hospice			D.13.7.	123
Eigen bijdrage hulpmiddelenzorg	B.17.3.	70	D.4.1.	104
Eigen bijdrage kraamzorg	B.7.	56	D.21.2.	130
Eigen bijdrage poliklinische bevalling	B.6.	55	D.20.1.	129
Epilepsie alarmering			D.4.20.	109
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	B.4.12.	51		
Extra kraamzorg			D.21.4.	130
Ergotherapie, algemeen	B.9.	58	D.17.1.	127
Ergotherapie, instructie mantelzorgers			D.17.2.	127
Extra kraamzorg			D.21.4.	130
Farmaceutische zorg (zie ook geneesmiddelen)	B.15.	64	D.3.1.	102
Fysiotherapie en/of oefentherapie	B.8.	57	D.16.	127
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Basis GGZ	B.19.1.	74	D.6.	1110
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gespecialiseerde GGZ	B.19.2.	76		
Geestelijke gezondheidszorg, inloophuizen			D.6.3.	111
Gehoorrapparaat	B.17.	70	D.4.5.	105
Geneesmiddelen, algemeen	B.15.(1.)	65	D.3.1.	102
Geneesmiddelen, anticonceptie	B.15.1.	65	D.3.5.	103
Geneesmiddelen bij erectiestoornissen			D.3.3.	102
Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt	B.15.4.	68		
Geneesmiddelen, eigen bijdrage	B.15.1.	65	D.3.2.	102
Geneesmiddelen, medicatiebeoordeling	B.15.2.	67		
Geneesmiddelen, overige			D.3.4.	103
Geneesmiddelen, zelfzorgmiddelen en maagzuremmeren	B.15.3.	68		
Geriatrische revalidatie	B.4.6.2.	48		
Gezichtshulpmiddelen	B.17.	70	D.4.7.	106
Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren)			D.1.4.	94
Gezondheids cursussen			D.2.8.	100
Gezondheids cursussen rondom de bevalling			D.19.2.	128
Haarwerken	B.17.	70	D.4.4.	105
Herstel & Balans			D.6.1.	110
Herstellingsoord			D.13.6.	123
Hoortoestel	B.17.	70	D.4.5.	105
Hospice, eigen bijdrage			D.13.7.	123
Huidtherapieën			D.10.	116
Huisartsenzorg	B.3.	43		
Huishoudelijke verzorging/thuisverpleging			D.23.	133

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2014

Vergoeding	Basis artikel	verzekering bladzijde	Aanvullende artikel	Verzekering bladzijde
Hulpmiddelen ADL			D.4.11.	107
Hulpmiddelen voetzorg			D.4.9.	107
Hulpmiddelenzorg, algemeen	B.17.(1.)	70	D.4.	104
Hulpmiddelenzorg, eigen bijdrage	B.17.3.	70	D.4.1.	104
Inloophuizen			D.6.3.	111
Inschrijving en intake kraamzorg	B.5.4.	54		
IVF (In Vitro Fertilisatie)/ICSI	B.4.14.	52		
Kamp, therapeutisch			D.13.1.	120
Klasseverpleging			D.13.3.	121
Ketenzorg	B.1.2.	41		
Kinderopvang			D.13.8.	123
Kraamzorg/Zorg na de bevalling	B.7.	56	D.21.(2.)	123
Kraamzorg bij adoptie			D.21.8.	131
Kraamzorg, eigen bijdrage	B.7.	56	D.21.2.	130
Kraamzorg, extra			D.21.4.	130
Kraamzorg, inschrijving en intake	B.5.4.	54		
Kraamzorg na ziekenhuisopname			D.21.6.	131
Kraamzorguitkering			D.21.3.	130
Kuurbehandeling			D.9.	116
Lactatiekundige zorg			D.21.1.	129
Lichttherapie, UV-B			D.10.1.	116
Lichttherapie tegen winterdepressie			D.6.4.	111
Liggelduitkering/compensatie/bijkomende kosten			D.13.4.	122
Logeerkosten			D.13.2.	120
Logopedie	B.10.	59		
Mechanische beademing	B.4.9.	50		
Medicatieboeordeling bij chronisch gebruik	B.15.2.	67		
Medisch specialistische zorg, algemeen	B.4.1.	44	D.1.	93
Medisch specialistische zorg met opname	B.4.2.	45		
Medisch specialistische zorg zonder opname	B.4.3.	46		
Medische screening bij adoptie			D.2.4.	99
Mondzorg, alle leeftijden (algemeen)	B.12.	60	D.8.(1.)	113
Mondzorg, alle leeftijden (gebitsprothesen en implantologie)			D.8.3.	114
Mondzorg, alle leeftijden (kronen, bruggen, inlays)			D.8.2.	114
Mondzorg, alle leeftijden (orthodontie)			D.8.5.	115
Mondzorg, alle leeftijden (overige)			D.8.4.	114
Mondzorg, verzekerden tot 18 jaar	B.13.	62		
Mondzorg, verzekerden vanaf 18 jaar	B.14.	63		
Obesitasbehandeling			D.11.	118
Oefentherapie, Cesar/Mensendieck	B.8.	57	D.16.	127
Ondersteuning thuissituatie			D.13.8.	123
Onderzoek, erfelijkheid	B.4.12.	51		
Onderzoek naar kanker bij kinderen	B.4.10.	51		

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2014

Vergoeding	Basis artikel	verzekering bladzijde	Aanvullende artikel	Verzekering bladzijde
Onderzoek, preventief			D.2.2.	98
Ongedaan maken sterilisatie			D.1.2.	93
Ontharing			D.10.2.	117
Ooglaserbehandeling			D.1.4.	94
Ooglidcorrectie	B.4.5.	46	D.1.6.	95
Oorcorrectie (flaporen)			D.1.3.	94
Orgaantransplantatie	B.4.7.	48		
Orthodontie	B.12.3.	61	D.8.5.	115
Orthopedische- en aangepaste schoenen	B.17.	70	D.4.2.	105
Patiëntenvereniging, contributie			D.2.9.	101
Pedicurebehandeling, bij bepaalde aandoeningen	B.23.	81	D.15.3.	126
Persoonsalarmering			D.4.16.	109
Plastische chirurgie	B.4.5.	46		
Plaswekker			D.4.6.	105
Podotherapeutische zooltjes			D.4.9.	107
Podotherapie/podologie (zie ook voetzorg)	B.23.	81	D.15.1./2.	125
Poliklinische bevalling/zorg tijdens de bevalling	B.6.	55	D.20.1.	129
Preventie	B.21.	80	D.2.	97
Preventie voor reizen naar buitenland			D.2.3.	98
Preventieve inentingen			D.2.1.	97
Preventieve onderzoeken			D.2.2.	98
Prenatale screening	B.5.3.	54	D.19.1.	128
Pruik (of andere hoofdbedekking)	B.17.	70	D.4.4.	105
Psychologische zorg (zie geestelijke gezondheidszorg)	B.19.	74	D.6.	110
Psychosociale zorg (zie alternatieve zorg en psychosociale zorg)			D.7.1.	112
Redressiehelm			D.4.21.	110
Reiskosten ouders			D.12.2.	119
Revalidatie(zorg)	B.4.6.(1.)	47		
Revalidatie(zorg), geriatrisch	B.4.6.2.	48		
Schoenen, allergeenvrij	B.17.	70	D.4.19.	109
Schoenen, aangepaste en orthopedische	B.17.	70	D.4.2.	105
Second opinion	B.4.15.	53		
Snurken, behandeling tegen			D.1.8.	96
Specialistische zorg (zie ook medisch specialistische zorg)	B.4.	44	D.1.	93
Sportmedisch advies (sportarts, sportkeuring)			D.2.6.	99
Sterilisatie			D.1.1.	93
Sterilisatie, ongedaan maken			D.1.2.	93
Steunpessarium			D.4.14.	108
Steunzolen			D.4.8.	106
Stottertherapie	B.10.	58	D.5.	110
Tandarts (zie mondzorg)	B.12. t/m B.14.	60	D.8.	113
TENS bij bevalling			D.20.2.	130

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2014

Vergoeding	Basis artikel	verzekering bladzijde	Aanvullende artikel	Verzekering bladzijde
Teststrips diabetespatiënten			D.4.15.	108
Therapeutisch kamp			D.13.1.	120
Thuisbewakingmonitor			D.4.10.	107
Thuisverpleging/huishoudelijke verzorging			D.23.	133
Thuisverzorgingsartikelen			D.4.12.	108
Transplantatie (orgaan)	B.4.7.	48		
Traumaverwerking			D.6.5.	111
Trombosedienst	B.4.11.	51		
UV-B lichtapparatuur			D.10.1.	116
Valpreventie			D.2.10.	101
Verbandschoenen	B.17.	70		
Verblijf			D.13.	120
Verloskundige zorg	B.5.1.	53		
Verpleging zonder opname	B.4.4.	46		
Verpleging/verzorging (thuis)			D.23.	133
Vervanging van borstprothese	B.4.5.	46	D.1.9.	97
Vervoer (zie ziekenvervoer)	B.18.	72	D.12.(1.).	118
Verzekerde zorg	B.1.	41		
Verzorgingsartikelen (thuis)			D.4.12.	108
Voedingsadvies			D.2.7.	100
Voetzorg, algemeen			D.15.(1.)	125
Voetzorg, bij bepaalde aandoeningen	B.23.	81	D.15.2./15.3.	126
Voetzorg, hulpmiddelen			D.4.9.	107
Voorwaardelijke zorg	B.22.	80		
Vrouwen, consult			D.2.5.	99
Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg (IVF/ICSI)	B.4.14.	52		
Winterdepressie, lichtbehandeling			D.6.4.	111
ZBC (zie medisch specialistische zorg)	B.4.	44		
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	B.15.3.	67		
Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse			D.13.3.	121
Ziekenhuiszorg (zie medisch specialistische zorg)	B.4.	44		
Ziekenvervoer	B.18.	72	D.12.(1.)	118
Ziekenvervoer per ambulance	B.18.1.	72		
Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi	B.18.2.	73	D.12.1.	118
Zorg na de bevalling	B.7.	56	D.21.	129
Zorg tijdens de bevalling	B.6.	55	D.20.	129
Zorg voor de bevalling	B.5.	53	D.19.	128

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Hebt u thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuiszorg, gehandicaptenzorg of langdurige niet-geneeskundige psychiatrische zorg nodig? Dit is zorg die door de AWBZ wordt betaald. Deze soorten zorg worden geregeld door zorgkantoren die onderdeel zijn van verschillende zorgverzekeraars. U staat automatisch als AWBZ-verzekerde geregistreerd als u een zorgverzekering hebt.

Hebt u zorg nodig uit de AWBZ?

U hebt een indicatie nodig als u zorg nodig hebt uit de AWBZ. Deze indicatie kunt u aanvragen bij:

- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ); u kunt hiervoor meer lezen op de internetsite www.ciz.nl of
- Bureau Jeugdzorg voor jongeren tot 18 jaar met een psychiatrische aandoening; voor info zie de internetsite www.bureaujeugdzorg.info.

Premie en eigen bijdrage AWBZ

De AWBZ is een volksverzekering voor alle mensen in Nederland. Iedereen die in Nederland inkomen heeft, betaalt automatisch premie. Als u gebruik maakt van AWBZ zorg betaalt u ook een eigen bijdrage die afhankelijk is van uw inkomen. Meer informatie hierover vindt u op www.hetcak.nl

Meer informatie over AWBZ

Op de internetsite www.zn.nl/branche/zorgkantoren/ vindt u allerlei informatie over het zorgaanbod, advies bij het vinden van zorg die bij u past, zorg in natura, persoonsgebonden budget (pgb), zorgkantoren, brochures etc.

Welke zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen?

Wij kunnen een of meer van de volgende zorgverzekeringen aanbieden:

- een Zorgverzekering Restitutie;
 - een Zorgverzekering Natura;
 - een Zorgverzekering Natura Direct;
 - een Zorgverzekering Natura Select; of
 - een andere zorgverzekering, die is gebaseerd op een van de hiervoor genoemde zorgverzekeringen.
- Daarnaast kunt u een keuze maken uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden.

Uw zorgverzekering is een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Hebt u een zorgverzekering Natura, een Zorgverzekering Natura Direct of een Zorgverzekering Natura Select dan hebt u recht op zorg (in "natura"). Hebt u een Zorgverzekering Restitutie hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg.

Kijk op uw polisblad welke zorgverzekering u hebt en of u ook een aanvullende verzekering hebt.

HOOFDSTUK A

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

A.1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van begrippen die in de verzekeringsvoorwaarden voorkomen.

Aanvullende verzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp een vergoeding van zorg en die is afgestemd en een aanvulling vormt op een zorgverzekering. U kunt één aanvullende verzekering of een combinatie van meerdere aanvullende verzekeringen bij ons afsluiten. Als wij hierna spreken over “aanvullende verzekering”, kan dit ook een combinatie van aanvullende verzekeringen zijn.

Akkoordverklaring

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

- dat wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de dekking van uw (aanvullende) (zorg)verzekering valt;
- dat u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen; en
- dat u op die zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen.

Apotheekhoudende

Een huisarts of apotheek die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen te leveren.

Basisverzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp een vergoeding van zorg en die u kunt afsluiten en die zelfstandige dekking biedt zonder dat die een aanvulling is op een andere verzekering. Een basisverzekering is hetzelfde als een zorgverzekering. U kunt beide begrippen door elkaar heen tegenkomen.

Bedrijfsarts

De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Behandeling

Het (fysieke) contact met een of meer zorgaanbieders waarbij aan u zorg wordt verleend of u

wordt geadviseerd. Onder behandeling verstaan we niet cursussen. Bij vergoeding gaan we uit van de datum van de behandeling, niet de notadatum.

Bekkenfysiotherapeut

De fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Woont u niet in Nederland? Dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau zoals dat is beschreven in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg. Dit is een onafhankelijk bureau in uw provincie dat toegang geeft tot alle voorzieningen voor jeugdzorg. Dit bureau beoordeelt als onafhankelijke instelling uw verzoek om hulp en verwijst u door.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen overeenkomstig het document "de centrumindicatie" met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Consult

Een raadpleging van een zorgaanbieder. Het kan hierbij gaan om een doorverwijzing, een gesprek, lichamelijk onderzoek, anamnese, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek/diagnostiek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, of in een instelling voor revalidatie bedoeld voor medisch onderzoek en/of medische behandeling, zonder dat sprake is van opname. Het moet gaan om zorg die algemeen voorzienbaar is.

DBC: Diagnose Behandeling Combinatie

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag

(zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling. Als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen, wordt het DBC-traject afgesloten, gedeclareerd en een nieuw DBC-traject geopend. Het tarief is een gemiddelde prijs voor die vorm van zorgverlening. De ene keer kan die zorgverlening langer duren dan de andere keer. Zie ook begrip "DBC op weg naar transparantie (DOT)".

Zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg moeten het DBC-traject declareren door middel van DOT-zorgproduct-codes (zie hieronder "DOT"). Specifieke dure zorg (zoals intensive care zorg, dure geneesmiddelen en bloedproducten) wordt niet door middel van een DOT-zorgproductcode gedeclareerd maar los daarvan als OZP (Overig Zorg Product).

Diëtist

Degene die als diëtist de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

DOT: DBC Op weg naar Transparantie

DOT is een verbeterd declaratiestelsel voor medisch specialistische zorg dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. Dit stelsel dient te leiden tot een vereenvoudiging van het DBC-systeem, met als uitgangspunten meer transparantie en grotere medische herkenbaarheid. De diagnosebehandelcombinaties die in het DOT-systeem gebruikt worden, worden DOT-zorgproducten genoemd.

Echoscopist

Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).

Eerstelijns zorg (eerstelijnsgezondheidszorg)

Eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die zich in de praktijk bezighoudt met het werken in de eerstelijns zorg van de geestelijke gezondheidszorg.

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt is, maar die u gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een

eigen risico. Eigen risico en eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Eigen risico

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt is, maar die u zelf moet betalen. Eigen risico is wettelijk vastgesteld. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg. Voor eigen risico zie artikel A.12. en A.13.

Ergotherapeut

De ergotherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Fysiotherapeut

Degene die als algemeen fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Niet tot de EU behoren: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad. De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: de voorgaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Geboortecentrum

Een instelling (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) voor verloskundige zorg. Verzekerden kunnen hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Geriatric fysiotherapeut

De fysiotherapeut die als geriatric fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Gespecialiseerde GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Bij de

behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Huidtherapeut

De huidtherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de huisarts, Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

Huisartsendienstenstructuur

Een organisatorisch verband van huisartsen. Het verband heeft een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht, het weekeinde en op feestdagen spoedeisende huisartsenzorg te verlenen op een bepaalde plaats "huisartsenpost" genaamd, en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Instelling voor medisch specialistische zorg

Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.).

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.
- Als wij alleen een Z.B.C. bedoelen, schrijven wij dit zo: Z.B.C. (instelling voor medisch specialistische zorg).
- In de gevallen dat we ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch specialistische zorg'.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet "kalenderjaar" maar levensjaar bedoeld.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts Maatschappij

en Gezondheid in de registers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en werkzaam is in de jeugdgezondheidszorg of een arts die ingeschreven is met het profiel Jeugdgezondheidszorg (jeugdarts KNMG) in de registers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Klinisch psycholoog

Een GZ-psycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamhotel

Een instelling waar men gedurende de kraamperiode kan verblijven en kraamzorg kan ontvangen.

Kraamzorg

Zorg tijdens de kraamperiode en eventueel tijdens de bevalling (partusassistentie) die wordt geleverd door een kraamverzorgende met kwalificatie (kraam)verzorgende niveau 3 of gelijkwaardig.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium dat een tariefbeschikking heeft, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Logopedist

De logopedist heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Manueel therapeut

De fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert over medische, farmacotherapeutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische zorg of zorg die diens zorginhoudelijk vakgebied betreffen.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Onder medisch specialist verstaan we ook de verloskundige die namens de gynaecoloog

verrichtingen in het ziekenhuis uitvoert.

Mondhygiënist

De vrijgevestigde mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uitoefent.

Oedeemfysiotherapeut

De fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

De oefentherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval

Een plotselinge onvrijwillige gebeurtenis die schadelijk is voor de gezondheid.

Opname

Een periode van verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor verpleging ingerichte afdeling, niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp of in een instelling voor revalidatie bedoeld voor medisch onderzoek en/of medische behandeling. Dat verblijf begint vóór 00.00 uur en duurt tenminste tot 7.00 uur van de volgende dag.

Orthodontist

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

Pedicure

- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij diabetici (DV)" mag verzekeren met diabetes mellitus behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij reumapatiënten (RV)" mag verzekeren met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure. De medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.
- Een pedicure die in het Register Paramedische

Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiroprodist. De paramedisch chiroprodist is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.

In de artikelen waar zorg wordt beschreven staat ook welke van de hiervoor genoemde pedicures deze zorg moet verlenen.

Polisblad

Het bewijs van verzekering.

Podotherapie

De podotherapeut is lid van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

Preventie

Het geheel aan activiteiten, individueel of in groepsverband, die gericht zijn op het verbeteren of op peil houden van uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk).

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en zich richt op de diagnostiek en behandeling van stoornissen in de cognitieve functies, de emotionele functies, de psychomotoriek, de motivatie en het gedrag.

Psychotherapeut

Een behandelaar die de opleiding tot psychotherapeut heeft afgerond en als psychotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een team van verschillende soorten deskundigen verleent de zorg, onder leiding van een medisch specialist (revalidatiearts). Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Schriftelijk

Door middel van een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie zelf begrijpelijk, bewaarbaar en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten.

Specialist ouderengeneeskunde

Degene die als specialist ouderengeneeskunde is

ingeschreven in het register van erkende specialist ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit is de nieuwe benaming voor "verpleeghuisarts".

Spoedeisende zorg

medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die een geldig diploma heeft volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Thuis

De plaats waar u woont of uw vaste verblijfplaats hebt.

Verblijf

Een opname die 24 uur of langer duurt.

Verdragsland

Een verdragsland is:

- de volgende staten waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen: Australië (bij verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije;
- andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- Zwitserland.

Verloskundige

De verloskundige is opgenomen in het kwaliteitsregister van de KNOV.

Verzekerde

Degene voor wie zorg en/of kosten van zorg zijn verzekerd. De verzekerde heeft recht op verzekerde zorg en/of vergoeding van de verzekerde kosten. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering die kan bestaan uit een of meer van de volgende verzekeringen:

- zorgverzekering;

- ziektekostenverzekering;
- aanvullende verzekering.

Als de verzekering uit een combinatie van 2 of meer van de hiervoor genoemde overeenkomsten van verzekering bestaat, dan bevat die combinatie slechts één zorgverzekering of ziektekostenverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan. De polis staat op zijn of haar naam. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van "u (verzekeringnemer)" en "uw (verzekeringnemer)".

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziektekostenverzekering

Een overeenkomst van verzekering die u kunt afsluiten en die zelfstandige dekking biedt zonder dat die een aanvulling is op een andere verzekering. Het is een verzekering die geen basisverzekering of zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet en alleen afgesloten kan worden en van kracht is als er geen verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet bestaat. Het betreft uitdrukkelijk geen aanvullende verzekering.

Zorggroep

Organisatieverband van zorgaanbieders, geregistreerd als rechtspersoon. Zie ook artikel A.17.

Zorgverzekeraar

Een verzekeringsondernemer die als zodanig is toegelaten en zorgverzekeringen aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons".

Zorgverzekering

Een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet met als onderwerp zorg of een ver-

goeding van zorg. Een zorgverzekering is hetzelfde als een basisverzekering. U kunt beide begrippen door elkaar heen tegenkomen.

A.2. Grondslag van uw verzekering

A.2.1. Algemeen

U hebt bij ons een verzekering afgesloten. Wij leggen de overeenkomst vast op het polisblad. Wij sturen u deze jaarlijks toe.

A.2.2. Verzekeringsplicht

U kunt bij ons een zorgverzekering afsluiten als u volgens de Zorgverzekeringswet verzekeringsplichtig bent.

A.2.3. Basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- deze verzekeringsvoorwaarden;
- het aanmeldformulier en de gegevens die u daarop hebt ingevuld of een derde namens u daarop heeft ingevuld;
- de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de verzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde gegeven;
- het polisblad en polisbijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

A.2.4. Basis van uw zorgverzekering

De zorgverzekering is behalve op artikel A.2.3. ook gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;
- het Besluit zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering;
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- interpretaties van het College voor Zorgverzekeringen (zogenaamde "standpunten").

Als er een verschil bestaat tussen deze Verzekeringsvoorwaarden en een of meer regels op grond van genoemde wet, toelichtingen of interpretaties, gaan de wet, toelichtingen en interpretaties voor.

A.2.5. Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering "natura" en zorgverzekering "restitutie" zijn zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet. Met een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Direct en Zorgverzekering Natura Select hebt u recht op zorg (in "natura") bij zorgaanbieders met wie wij een zorgovereenkomst/internetovereenkomst hebben gesloten. U hebt met deze verzekeringen recht op vergoeding van de kosten van zorg bij zorgaan-

bieders met wie wij geen zorgovereenkomst/internetovereenkomst hebben gesloten. Zie ook artikel A.17.

Met een Zorgverzekering Restitutie hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Welke zorgverzekering u hebt, kunt u op uw polisblad zien.

A.2.6. Informatie van derden

Wij gaan er vanuit dat de informatie die derden over uw aanmelding voor een verzekering aan ons geven, bij u bekend is. Wij beschouwen die informatie als van u afkomstig.

A.2.7. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij een verzekering. Alleen de verzekeringnemer mag deze opzeggen of wijzigen.

A.2.8. Controle van het polisblad

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Neemt u binnen die periode daarover geen contact met ons op, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

A.2.9. Uw pasje

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast het polisblad van uw verzekering, een verzekeringspasje. Op vertoon van dit pasje kunt u verzekerde zorg krijgen bij die zorgaanbieders waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten en/of op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

A.2.10. Geldige verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als volgens u een andere versie van de verzekeringsvoorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling van toepassing is of dat een andere tekst van kracht is, gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die op dat moment van kracht zijn en die wij in ons bezit hebben.

A.2.11. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij de verzekeringsvoorwaarden ook uitgeven in één of meerdere andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg daarvan bestaan tussen de Nederlandse

versie en de versie in de andere taal, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij in ons bezit hebben.

A.2.12. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke

dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgaanbieders van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^o en 3^o bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.23.).

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op strekte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgaanbieder moet voldoen aan de eisen, wetten

en regels die in dat land worden gesteld.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de gemeentelijke basisadministratie. Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)verzekering gaat bij ons in op de 1e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

A.4.4. Verzekeringsduur

Uw verzekering duurt één volledig jaar. Wij verlengen de verzekering van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

U (verzekeringnemer) mag uw nieuw afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de verzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u het polisblad hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan eindigt uw nieuwe verzekering niet door herroeping.

Wij beëindigen de nieuw afgesloten verzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze verzekering, dan betalen wij die binnen dertig dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen, dan betaalt u die aan ons terug binnen dertig dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die het College voor Zorgverzekeringen voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.7.

Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Opzeggen

moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat.

Het recht tot opzeggen of wijziging van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wet.

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

Als wij de premiegrondslag veranderen, stellen wij u hiervan tenminste 6 weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Opzeggen moet u schriftelijk doen. Uw verzekering eindigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

A.5.5. Bij verandering van werkgever

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u aansluitend in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve verzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve verzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot dertig dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve verzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve verzekering horen.

A.5.6. Bij einde van de verzekering voor iemand anders

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u ook in de loop van het jaar de verzekering voor die verzekerde opzeggen of bij ons een andere verzekering sluiten, als deze persoon via een andere verzekering wordt verzekerd:

- Als u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe verzekering ingaat, eindigt de verzekering op de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe verzekering is

ingegaan, dan eindigt de verzekering na afloop van een volledige maand.

A.5.7. Bij einde van de zorgverzekering die het College voor Zorgverzekeringen heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en het College voor Zorgverzekeringen voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat dat college u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan dat college en aan ons aantoonst dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat het college u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste twaalf maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.8 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.5., en A.5.6. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de premie die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald: en
- Wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen: en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- we het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de AWBZ verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

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

A.6.4. Fraude

Als u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- uw verzekering per direct te beëindigen;
- vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het College voor Zorgverzekeringen bij ons bent verzekerd, omdat dit college meende dat u verzeke-

ringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringwet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.7. Hoogte van premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u door rechtstreekse betaling aan uw zorgaanbieder hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan we niet incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettige betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

Voorbeeld:

Zie voor de zorgverzekering artikel A.7.4 en voor de aanvullende verzekeringen artikel C.11.5.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de brutopremie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen die naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringwet wel verzekeren. Wij moeten alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat u verplicht bent zich te verzekeren of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering én eventuele gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

Voor de periode dat u niet verzekerd bent, kunnen wij namens het College voor Zorgverzekeringen bij u een boete opleggen. De hoogte van deze boete bedraagt 130% van de verschuldigde premie over de periode dat u ten onrechte niet verzekerd was, met een maximum van 5 jaar.

A.8. Betaling van premie en kosten

A.8.1. Wie betaalt premie?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschul-

digde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. Het totale bedrag dat u ons verschuldigd bent, moet uiterlijk vóór de 1e dag van de betalingsperiode in ons bezit zijn.

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), bankportaal of een premienota. Hebt u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via e-mail of in bepaalde gevallen betaling via bankportaal mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura direct" is alleen automatische incasso mogelijk.

Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De eigen bijdrage en/of het eigen risico betaalt u op dezelfde manier als uw premie. Wanneer het gaat om een bedrag dat hoger is dan € 1.500,- krijgt u altijd een acceptgiro (op papier of via e-mail), ook al hebt u een machtiging afgegeven voor automatische incasso. U ontvangt een voor-aankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt.

A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerde) nog van ons tegoed hebt.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt op grond van de verzekeringen die u bij ons hebt gesloten. Hierbij geldt dat wij schuld vanuit uw basisverzekering niet mogen verrekenen met vergoeding waarop u recht hebt uit uw aanvullende verzekering of andersom.

A.9. Betalingsachterstand

A.9.1. Aanmaning en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting voldoet, sturen wij u een aanmaning.

Betaalt u niet binnen 14 dagen, dan nemen wij achtereenvolgens de volgende stappen:

- wij verrekenen uw (verzekeringnemer) schuld met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt. Blijft er dan nog een deel van uw schuld over, dan moet u dat nog wel betalen. U hebt pas weer recht op dekking vanaf de dag nadat alle bedragen die u moest betalen bij ons binnen zijn.
- wij schakelen een deurwaarder in (zie artikel A.9.2.).
- wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en).
- na 6 maanden melden wij uw betalingsachterstand voor uw zorgverzekering bij het College voor Zorgverzekeringen. U moet dan aan het College voor Zorgverzekeringen iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. De hoogte van deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering wordt door de overheid bepaald. Het Zorginstituut Nederland int deze bestuursrechtelijke premie in principe totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald. Dit is een wettelijke regeling.
- U bent niet langer verplicht om de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin:
 - uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
 - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
 - u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling. Deze is tot stand gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en wij nemen daaraan ten minste ook deel, of
 - wij met u een betalingsregeling hebben getroffen.

Uw (verzekeringnemer) plicht om uw normale kosten aan ons te betalen gaat weer in op de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin een van bovenstaande situaties van toepassing is.

U bent weer verplicht de bestuursrechtelijke premie te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand:

- waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c,d,e,f,g, Faillissementswet is beëindigd, of

- waarin u zich, blijkens een melding aan het College voor Zorgverzekeringen, aan deelname aan een op u van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als hierboven bedoeld, hebt onttrokken voordat u de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken aan ons volledig bent nagekomen.

A.9.2. Wettelijke rente en incassokosten

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons ook de wettelijke rente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u incassokosten betalen.

A.9.3. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons hebt afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één maand vooruit te betalen, krijgt u daarvoor betaaltermijnkorting. Als er een betalingsachterstand is ontstaan, zetten we voor de verzekeringen waarvan u verzekeringnemer bent de betalingsperiode om naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het verlies van deze korting geeft u niet het recht om uw verzekering op te zeggen.

A.9.4. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen (een deel van) uw schuld af:

- U lost altijd eerst de schuld af van de kosten van uw zorgverzekering en de kosten van uw aanvullende verzekering(en), daarna de oudste vordering. Zie voor een uitleg over “kosten” ook artikel A.7.1.
- U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af. Bestaat de openstaande schuld uit bedragen van meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald? Dan kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet in zijn geheel betaald worden.

A.10. Premie en kosten na beëindiging

A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

Als u ons nog premie en kosten moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verze-

kering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;

- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt. Wij vergoeden geen nota's totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen we de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering tenminste 6 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 en artikel A.5.7 kunt u de opzeggmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar. Het jaar dat de verzekering ingaat of eindigt of dat u 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico ook lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste

€ 360,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één nota in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

Echter de kosten van een DOT-zorgproductcode – behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes – tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 360,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

- U maakt in een jaar voor € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden door ons betaald.

- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
- De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.a. is verstreken.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;
- De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:
 - u voor die zorg of diensten naar een zorgaanbieder bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 - u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.Wij hebben geen zorgaanbieders of gezondheidsprogramma's hiervoor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;
- De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.1.2.);
- Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en

ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgaanbieder en eigen risico

Als een zorgaanbieder (die een betaalovereenkomst met ons heeft) rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de nota naar ons instuurt (of als de zorgaanbieder geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u recht op hebt minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige betaling aan de zorgaanbieder.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 360,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2014. Van 23 september 2014 tot en met 31 december 2014 is 100 dagen. Uw eigen risico wordt dan:

- € 360,- : 365 = € 0,986 eigen risico per dag
- € 0,986 x 100 dagen = € 98,63 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 98,63 ronden we af. De uitkomst is dan € 99,-. Dat is uw eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aangesloten zorgverzekeringen hebt bij dezelfde zorgverzekeraar met een verschillend vrijwillig

gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2014 t/m 30 juni 2014 (dit zijn 181 dagen). U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 360,-. Uw 2^e zorgverzekering loopt van 1 juli 2014 t/m 31 december 2014 (dit zijn 184 dagen). U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 360,- : 365 = € 0,986 eigen risico per dag
- € 0,986 x 181 dagen = € 178,52 eigen risico; dat is afgerond € 179,-.

Uw eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 360,- + € 300,- = € 660,-
- € 660,- : 365 = € 1,808 eigen risico per dag
- € 1,808 x 184 dagen = € 332,71 eigen risico; dat is afgerond € 333,-.

Voor deze 2 periodes tellen we beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 179,- + € 333,- = € 512,-. Dat is uw eigen risico voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 360,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen we door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden we af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2014 wordt uw zoon 18 jaar. Voor 5 november 2014 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2014 een verplicht eigen risico van € 360,-. Vanaf 5 novem-

ber resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 360,- : 365 dagen = € 0,986 eigen risico per dag.
- € 0,986 x 57 dagen = € 56,22 eigen risico; dat is afgerond € 56,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent op 1 januari 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling moet voor 1 januari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen zijn;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname kan worden verlengd, behalve als u voor 1 januari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in dat zelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog nota's bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct

bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u uw deelname tussentijds wilt beëindigen, dan geldt deze beëindiging voor alle deelnemende verzekerden op uw polisblad.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet voldoet aan een tijdige betaling;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt, waarbij sprake is van verandering van verzekeringnemer of aantal deelnemers.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog nota's bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Direct en een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e

verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillige eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hoeven wij de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor nota's die zijn ingediend, niet te verlenen.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen dertig dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen dertig dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt/worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering geldig is, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen die onder de dekking van

de verzekering(en) in aanmerking kunnen komen.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de gemeentelijke basisadministratie;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinsamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Actuele adres

Wij gaan er vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres bekend hebt gemaakt.

A.16. Registratie en controle

A.16.1. Privacy

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de verzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyreggeving zijn genoemd en die wij bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing.

A.16.2. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor:

- het beoordelen en accepteren van verzekeren, het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het afwikkelen van het betalingsverkeer;
- het gebruik van persoonsgegevens voor statis-

tische en wetenschappelijke doelen;

- het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden. Wij gebruiken hierbij geen persoonsgegevens over uw gezondheid;
- het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Bij onrechtmatig gedrag kunnen wij uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl.

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat:

- aan derden (ook aan zorgaanbieders) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen;
- aan derden (ook aan zorgaanbieders) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw verzekering doelmatiger te laten verlopen;
- met zorgaanbieders onderhandelen over de kosten en zo nodig (op onze kosten) tegen hen procederen;
- uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) opnemen in onze administratie;
- uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen.

Toelichting:

Als wij rechtstreeks nota's van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgaanbieders bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgaanbieders mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten

weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw verzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgaanbieders

A.17.1. Zorgaanbieder

Dit is degene die bevoegd is om verzekerde zorg te verlenen of te leveren. Een zorgaanbieder kan u zorg verlenen en/of goederen/middelen leveren. Onder "zorgaanbieder" verstaan we dus hetzelfde als onder "zorgverlener". Een zorgaanbieder kan zijn:

- een persoon; of
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.2.).

Verzekerde zorg is bijvoorbeeld geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige zorg. Levering gaat over geneesmiddelen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Zorggroep

Een zorggroep is een zorgaanbieder zoals bedoeld in artikel A.17.1. Een zorggroep heeft bovendien de volgende kenmerken:

- de zorggroep is een samenwerkingsverband van meerdere betrokken zorgaanbieders van verschillende disciplines, bijvoorbeeld een huisarts en diëtist. Het samenwerkingsverband heeft rechtspersoonlijkheid of is gebaseerd op een of meer samenwerkingsovereenkomsten.
- de zorggroep levert ketenzorg (zie artikel B.1.2.).
- de zorggroep is verantwoordelijk voor het toezien op de handhaving van de kwaliteitseisen van de ketenzorg.
- declaratie van geleverde zorg loopt via de zorggroep, niet via de individuele, deelnemende zorgaanbieders, behalve wanneer sprake is van het zogenaamde "koptarief"..
- een zorggroep is een zorgaanbieder met een zorgovereenkomst (zie artikel A.17.4.).

A.17.3. Voorwaarden voor zorgaanbieders

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgaanbidersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgaanbieder". Soorten zorgaanbieders die wij bij de betreffende zorg niet onder het kopje "zorgaanbieder" noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgaanbieders hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- die zorgaanbieder deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet-genoemde soort zorgaanbieder. Deze moet dan wel handelen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder die we onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- die zorgaanbieder de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgaanbieder of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgaanbieder; en
- een zorgaanbieder in Nederland voldoet aan de eisen, wetten en regels die aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld en levert diens zorg zodoende bevoegd. In Nederland gevestigde zorgaanbieders moeten onder andere voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
 - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register (bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK));
 - van andere dan deze zorgaanbieders vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgaanbieders betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of onderscheidingsteken voeren; en
- een zorgaanbieder in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

A.17.4. Zorgovereenkomst, internetovereenkomst en betaalovereenkomst

a. Zorgaanbieders met een zorgovereenkomst

Wij hebben overeenkomsten gesloten over zorg of middelen die zorgaanbieders leveren. In die overeenkomsten hebben we afspraken gemaakt over de prijs (tarieven), de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij die zorg verlenen en de kosten daarvoor bij ons declareren. Wij hebben een lijst gemaakt van deze zorgaanbieders. Die kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

Als wij een overeenkomst hebben met een zorgaanbieder, hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor al zijn (zorg)diensten.

b. Zorgaanbieders met een "internetovereenkomst"

Voor de Zorgverzekering Natura Direct hebben wij voor de levering van een groot deel van de hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten "internetovereenkomsten hulpmiddelen" en/of "internetovereenkomst geneesmiddelen en dieetpreparaten" gesloten. Hierbij mag de zorgaanbieder alleen leveren na bestelling via internet. We maken vergelijkbare afspraken (over tarieven, kwaliteit, doelmatigheid en manier van declareren) als bij een zorgovereenkomst. Verdere voorwaarden voor deze "internetovereenkomsten" vindt u, indien van toepassing, in de betreffende artikelen. Een overzicht van deze zorgaanbieders, kunt u vinden op onze internetsite. U vindt daar ook een overzicht van de geneesmiddelen, dieetpreparaten en hulpmiddelen waarvoor wij zulke "internetovereenkomsten" hebben afgesloten.

c. Zorgaanbieders zonder zorg- en/of internetovereenkomst

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorg- en/of internetovereenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg als aan de voorwaarden uit artikel A.17.3. is voldaan. En als aan de voorwaarden van de betreffende zorg is voldaan. Dat heet "restitutie".

d. Zorgaanbieders met een betaalovereenkomst

Gaat u naar een zorgaanbieder met een betaalovereenkomst, dan worden de kosten van verleende zorg niet bij u, maar rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgaanbieder de kosten van de verzekerde zorg. Zie hiervoor artikelen A.19.3. en A.19.4.

Zorgaanbieders kunnen meerdere van de genoemde overeenkomsten met ons hebben gesloten.

Zorgaanbieders met een zorg- en/of internetovereenkomst hebben ook altijd een betaalovereenkomst. Andersom geldt dat niet. Zorgaanbieders met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een zorg- en/of internetovereenkomst te hebben.

In artikel A.20 geven wij aan hoeveel wij vergoeden als u naar een zorgaanbieder gaat die wel of geen zorg- en/of internetovereenkomst heeft.

A.17.5. Einde overeenkomst met zorgaanbieder ("uitbehandeling")

- Eindigt de overeenkomst die wij met uw zorgaanbieder hebben gesloten, nadat u al was gestart met de behandeling bij deze zorgaanbieder? Dan vergoeden wij deze zorg gedurende uw behandeling.
- Stapt u tijdens uw behandeling over van een andere zorgverzekeraar naar ons? Dan houdt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg die u voortzet bij de zorgaanbieder met wie uw vorige zorgverzekeraar een overeenkomst had afgesloten. Dit geldt ook als wij geen overeenkomst met deze zorgaanbieder gesloten hebben, of niet op tijd alsnog een overeenkomst kunnen sluiten, of wij er niet voor kunnen zorgen dat de zorg op tijd geleverd wordt.

De zorg wordt dan vergoed alsof deze is verleend door een zorgaanbieder met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten.

A.18. Zorgadvies en akkoordverklaring

A.18.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgaanbieders onder de dekking vallen van uw verzekering. Maar ook met welke zorgaanbieders wij overeenkomsten hebben gesloten. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen. Bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D staat of voor die zorg zorgadvies en een akkoordverklaring nodig en verplicht zijn. Staat bij een zorgvorm daarover niets vermeld, dan zijn zorgadvies en een akkoordverklaring niet verplicht. Zorgadvies en akkoordverklaring kunnen vrijwillig of verplicht zijn:

- vrijwillig zorgadvies en akkoordverklaring: wij raden u aan daarvan bij twijfel gebruik te ma-

ken. Dit kan bij elke zorg, maar wordt niet als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. U bent daartoe dan niet verplicht. U behoudt recht op de zorg zoals die onder de dekking van uw verzekering valt.

- verplicht zorgadvies en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat. Dit staat als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van uw verzekering valt.

A.18.2. Akkoordverklaring, verwijzing of recept bij verandering zorgverzekeraar

Als de situatie uit artikel A.17.5. onder het 2^e bolletje zich voordoet blijft de akkoordverklaring, de verwijzing of het recept geldig alsof u nog steeds bij die andere zorgverzekeraar verzekerd was. De akkoordverklaring verloopt op de datum die daarin door de andere zorgverzekeraar is aangegeven. De verwijzing of het recept verloopt op de datum die daarin door de zorgaanbieder is aangegeven.

A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit dat berichtengevingen aan uw bij ons laatst bekende post-of-e-mailadres u hebben bereikt. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres bekend hebt gemaakt.

A.18.4. Geldigheidsduur

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een akkoordverklaring verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze akkoordverklaring is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen.

Let op!

De akkoordverklaring wordt afgegeven op basis van de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden.

De akkoordverklaring is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd, (tenzij de ingangsdatum van het DOT-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

A.19. Nota's

A.19.1. Wie ontvangt de nota?

Bepaalde zorgaanbieders kunnen nota's rechtstreeks bij ons indienen. Gaat u naar andere zorgaanbieders, dan ontvangt u van hen de nota. Die dient u vervolgens bij ons in.

A.19.2. Nota's indienen

Als u nota's instuurt, gebruikt u dan onze gratis NotaApp. Om nota's in te sturen kunt u ook gebruik maken van uw persoonlijke pagina op onze internetsite. En u kunt ons ook nota's sturen op papier.

Wij handelen nota's af volgens de verzekeringsvoorwaarden van de door u gesloten verzekering(en), als ze aan bepaalde eisen voldoen:

- Nota's moeten:
 - origineel zijn (geen kopie); of
 - op voor computers leesbare gegevensdragers staan (bijvoorbeeld CD-ROM's, DVD's of BluRay's); of
 - via elektronische gegevensuitwisseling bij ons aankomen. Bij sommige verzekeringen moet u op deze manier declareren. Dat is u bij het afsluiten van die verzekering(en) medegedeeld;
- Als u zorg in het buitenland hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) nota's die u eerder hebt ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse nota's in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

- dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.
- Nota's hebben betrekking op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg of hulpmiddelen.
- Wij hebben de nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend ontvangen. Ontvangen wij uw nota later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- Nota's zijn van u, de zorgaanbieder of zorginstelling afkomstig;
- Nota's moeten zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van nota's gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. Zo moeten op een nota

bij voorbeeld de naam en het adres van de zorgaanbieder, uw naam, de inhoud, aantal/periode en het bedrag van de geleverde zorg staan. Als voor een bepaalde zorgvorm door de NZa specifieke eisen gesteld worden, gelden deze eisen boven die van de belastingdienst.

Let op!

- Offertes en voorschotnota's worden niet vergoed.
- Door u ingestuurde nota's, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkt kopie opvragen.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgaanbieder

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgaanbieders een betaalovereenkomst te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgaanbieder een nota ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die nota rechtstreeks aan die zorgaanbieder te betalen. Als wij de nota aan de zorgaanbieder betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de nota aan de zorgaanbieder/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgaanbieder/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgaanbieder

Als wij aan de zorgaanbieder meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgaanbieder hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgaanbieder betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximum vergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele nota

Als u nota's via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele nota's nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Het tarief dat we in een zorg- en/of internetovereenkomst met de zorgaanbieder hebben vastgelegd.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgaanbieder hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgaanbieders. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben vastgelegd in zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgaanbieders. Hebben wij meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken? Dan baseren we ons op prijzen die naar de Nederlandse marktomstandigheden en/of maatstaven gebruikelijk zijn. Op onze internetsite vindt u de "Tarievenlijst" voor diverse zorgvormen.

4. Gedeclearde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

a. Afsgesproken tarief

- o *Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Direct, Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen:*

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afsgesproken tarief.

- o *Zorgverzekering Natura Direct:*
 1. voor hulpmiddelen hebt u alleen recht op het afsgesproken tarief als het hulpmiddel is geleverd door een zorgaanbieder met een internetovereenkomst. Kan het hulpmiddel geleverd worden door een leverancier met een internetovereenkomst, maar maakt u toch gebruik van een leverancier met een gewone zorgovereenkomst? Dan hebt u aanspraak volgens het verlaagde tarief, zie b. (kijk ook in artikel A.17.4. Internetovereenkomst).
 2. voor geneesmiddelen en dieetpreparaten hebt u recht op het afsgesproken tarief volgens een internetovereenkomst. Maakt u gebruik van een zorgaanbieder met een gewone zorgovereenkomst in plaats van een internetovereenkomst? Dan hebt u aanspraak volgens afsgesproken tarief van de gewone zorgovereenkomst.

b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

- o *Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura Direct en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die zorg in natura bevatten:*

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgaanbieder met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? U maakt dus geen gebruik van gecontracteerde zorg. U hebt dan recht op een verlaagde vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij dat percentage van het marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktcon-

forme tarief, dan gaan we voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag. Hoe hoog dat vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en vergoedingstarieven". Voor de aanvullende verzekeringen vindt u dat op uw Vergoeding Overzicht.

- o *Zorgverzekering Natura Direct:*

Voor hulpmiddelen geldt dit verlaagde tarief ook als het om een zorgaanbieder gaat met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben, maar geen internetovereenkomst. (kijk ook in artikel A.17.4. Internetovereenkomst).
- o *Zorgverzekering Restitutie en restitutievergoedingen in aanvullende verzekeringen:*

Wij verlagen het tarief niet als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben. Wij vergoeden bij die verzekeringen het volledige tarief (100%), genoemd onder c.

c. Volledig tarief (100%) van het vaste of marktconforme tarief

- o *Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten en geen zorg in natura:*

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag.
- o *Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Direct en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die zorg in natura bevatten:*

Het bij c. genoemde volledige tarief vergoeden wij alleen als:

 - u de zorg niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgaanbieder met wie wij een zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of

- u de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgaanbieder met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten; of
- u acute (spoed)zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld.

en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgaanbieders? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

d. Gedeclareerd tarief

- o *Alle soorten verzekeringen:*

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg-

In het schema op de volgende pagina kunt u zien welk vergoedingstarief wij per situatie vergoeden.

Toelichting begrippen:

*** Zorgaanbieder**

Dit kan een persoon zijn, maar het kan ook een leverancier, zorggroep of instelling zijn. Zie artikel A.17.

**** Zorg-/internetovereenkomst**

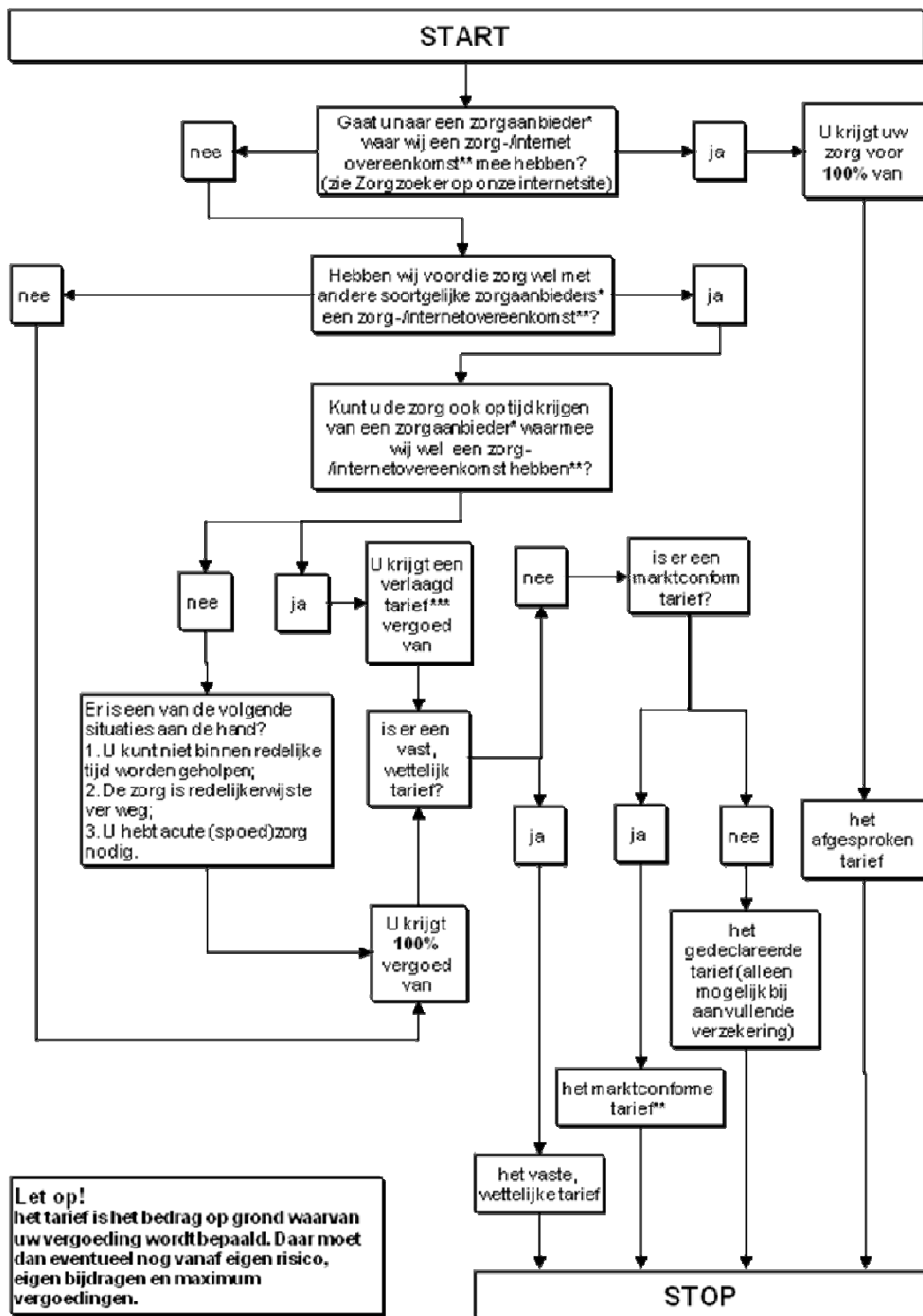
Overeenkomst waarin wij afspraken hebben gemaakt over onder andere prijs (tarieven) en kwaliteit. In artikel A.20.2.a. kunt u lezen of het moet gaan om een zorgovereenkomst of een internetovereenkomst.

***** Verlaagd tarief**

Een bepaald percentage (deel) van het vaste, of marktconforme tarief. Kijk in uw bijlage "Premies en vergoedingstarieven" hoe hoog dat deel is.

Dit verlaagde tarief geldt voor Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Direct en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die zorg in natura bevatten. Het verlaagde tarief geldt niet voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die zorg op restitutiebasis bevatten.

Schema Tarieven



Voorbeelden:

- Wanneer ontvangt u met een Naturapolis een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of marktconforme tarief?

Voorbeeld

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgaanbieder opgezocht op onze internetsite "Zorgzoeker" en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt geen zorgovereenkomst met ons heeft. U ziet op onze internetsite "Zorgzoeker" dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel een zorgovereenkomst hebben, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze.

Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een marktconform tarief, want wij hebben met andere zorgaanbieders afspraken over tarieven. U krijgt dus een verlaagd tarief vergoed van het marktconforme tarief. Op de bijlage bij uw verzekering "Premies en vergoedingstarieven", staat hoe hoog dit percentage is.

Voorbeeld:

Op de bijlage "Premies en vergoedingstarieven" van uw zorgverzekering staat dat het vergoedingspercentage 50% is. Uw fysiotherapeut rekent € 28,10 voor een behandeling. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,10 afgesproken. U krijgt vergoed: 50% van € 28,10 = € 14,05.

- Wanneer ontvangt u met een Naturapolis een vergoeding van 100% van het marktconforme tarief?

Voorbeeld:

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen zorgovereenkomst met de zorgaanbieder die u behandelt. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgaanbieders in Nederland, dus er is wel een marktconform tarief. Het marktconforme tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgaanbieder waar u naar toe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het marktconforme tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgaanbieders geen zorgovereenkomsten. Alternatieve zorgaanbieders mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg geen vast, wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Hebt u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.20.3. Omzetbelasting

Als een zorgaanbieder die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

A.21. Algemene uitsluitingen

A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

1. Kosten van afspraken met zorgaanbieders die u niet nakomt;
2. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
3. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie (met uitzondering van de dyslexiezorg op grond van de zorgverzekering), taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek, anderstaligheid of behandelingen met een onderwijskundig doel;
4. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
5. Kosten voor betaling op, naar of vanuit banknota's buiten Nederland;
6. Kosten voor te late betaling van nota's die door de zorgaanbieder rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
7. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotnota;

8. De eigen bijdrage die u betaalt volgens de AWBZ en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
9. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vliegbrevet). Wij nemen deze kosten wel voor onze rekening als dit bij of krachtens de zorgverzekeringswet zo is bepaald;
10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturerings- en verzendkosten;
11. Meer dan één behandeling van dezelfde soort op één dag, tenzij uitdrukkelijk in deze verzekeringsvoorwaarden of op uw vergoedingen overzicht anders staat aangegeven. Met "soort behandeling" bedoelen wij de zorg die beschreven is per artikel; 1 artikel is 1 zorgsoort.
12. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
13. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
14. Een behandeling die niet te beschouwen is als verantwoorde en geschikte zorg;
15. Een behandeling waarvoor geen medische of tandheelkundige noodzaak bestaat;
16. Zorg die niet plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
Gaat de nota over een DOT-zorgproductcode? Als de ingangsdatum van een DOT-zorgproductcode buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen alle kosten die met dit gehele DOT-zorgproductcode te maken hebben buiten de dekking;
17. Zorg die niet is genoemd of beschreven in uw verzekering;
18. Een behandeling die niet in de vorm van persoonlijk (fysiek) contact heeft plaatsgevonden maar telefonisch of via elektronisch/digitaal verkeer (e-mail en/of internet). Dit terwijl een dergelijke niet-fysieke behandeling redelijkerwijs niet mogelijk is of naar verwachting niet tot de te verwachten resultaten leidt.
Bijvoorbeeld: manuele therapie of het aanbrengen van een vulling bij mondzorg is telefonisch niet mogelijk, terwijl geestelijke gezondheidszorg (GGZ) digitaal (via internet) wel mogelijk is. Dit wordt in de voorwaarden bij de betreffende zorg zo nodig aangegeven;
19. Bevolkingsonderzoeken;

20. Kosten die te maken hebben met:
 - a. sportmassage;
 - b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - c. bedrijfshulpverleningscursussen.

A.21.2. Molest en terrorisme

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

- Schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd.
- Terrorismen, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit "terrorismerisico"). Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de N.H.T. heeft vastgelegd in het laatst geldende "polisblad terrorismedekking" van de N.H.T.
Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen (die zowel in Nederland als in het buitenland kunnen plaatsvinden) vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.
Verzekerden die buiten Nederland wonen, vallen niet onder deze herverzekering en kunnen dus geen vergoeding krijgen.
Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld heeft de verzekerde recht op een aanvullende vergoeding ter hoogte van een op grond van dat artikel te bepalen omvang.

Toelichting:

"Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen" zijn bij de N.H.T. als volgt omschreven:

Terrorisme:

"gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de 6 in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel

anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Kwaadwillige besmetting:

“het – buiten het kader van een van de 6 in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

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

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorisme tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in 3 landelijke dagbladen.

Polisblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “polisblad Terrorismen” uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzekerd.nl.

A.21.3. Atoomkernreacties

U hebt geen recht op (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan hebt u daar wel recht op als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u niet meer gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik

maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bin-

dend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u niet meer gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgaanbieders of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

B.1. Verzekerde zorg

B.1.1. Indeling verzekerde zorg

In dit hoofdstuk B staat welke zorg door de zorgverzekering is verzekerd:

- De verzekerde zorg is beschreven per artikel. Bijvoorbeeld huisartsenzorg in artikel B.3. of de verschillende onderdelen van medisch specialistische zorg in B.4.1. t/m B.4.15.
- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit "ketenzorg", zie artikel B.1.2.
- Ook kan de verzekerde zorg bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Wij noemen dat "andere zorg", zie artikel B.1.3.

B.1.2. Ketenzorg

Er is sprake van ketenzorg als:

- de verzekerde zorg wordt geleverd ingeval van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder;
 - Vasculair Risico Management (VRM) bij hart- en vaatziekten;
 - de chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); en de zorg wordt geleverd volgens de voor de bovenstaande aandoeningen geldende zorgstandaarden; en
- de verzekerde zorg bestaat uit een combinatie van meerdere, in dit hoofdstuk afzonderlijk beschreven zorgvormen. Er zijn meerdere disciplines betrokken zoals een huisarts of diëtist. Zij werken als schakels in een keten met elkaar samen; en
- de zorg in de vorm van een totaal zorgprogramma is afgestemd op uw situatie en omstandigheden; en
- de geleverde zorg wordt georganiseerd en gecoördineerd door een zorggroep; en
- de verzekerde zorg wordt geleverd door zorgaanbieders die deelnemer zijn in een zorggroep of die los worden gecontracteerd door de hoofdbehandelaar; en
- de verzekerde zorg wordt gedeclareerd:
 - via de zorggroep als een geheel. In dat geval is de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van toepassing;
 - via de hoofdbehandelaar voor alleen organisatie- en coördinatiekosten, als sprake is van organisatie en coördinatie van los ge-

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

contracteerde zorgaanbieders.
Individuele zorgaanbieders mogen geen keuzorg declareren.

B.1.3. "Andere zorg"

Voor "andere zorg" genoemd in artikel B.1.1. gelden voorwaarden:

- andere zorg leidt naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat; en
- andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
- wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor andere zorg.

B.1.4. Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en daar terecht komt in een andere klasse dan de klasse waarvoor u verzekerd bent, dan geldt het tarief van de zorg uit de laagste klasse.

B.1.5. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op (vergoeding van) zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DOT-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

B.2. Buitenlandzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgaanbieder. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgaanbieders in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De tarieven die men in het buitenland mag gebruiken, kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgaanbieder hebben wij misschien geen overeenkomst. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Bovendien moet u ook rekening houden met een eventuele eigen bijdrage op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgaanbieders in het buitenland weten dat hun rekening

door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat u op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een eigen bijdrage moet betalen. Deze kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgaanbieders. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Als u in het buitenland woont, kunt u de pas aanvragen via de internetsite van het College voor Zorgverzekeringen: www.cvz.nl.

B.3. Huisartsenzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadviesing;
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- preconceptiezorg. Dit omvat adviesing op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - geneesmiddelengebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;
 - ziekten en zwangerschapscomplicaties.

Let op!

De zorg omvat niet:

- een MRI op verzoek van een huisarts als wordt

verwezen voor een indicatie die niet in de richtlijnen en standaarden voor huisartsen staat;

- screening;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts. Dit onderzoek is geen huisartsenzorg en valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een huisarts of een zorgaanbieder binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant).

De zorgaanbieder binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan we in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en ook niet een verpleeghuis.

B.3.2. Huisartsenzorg op medisch specialistisch gebied

Zorg: waar hebt u recht op?

Het gaat hierbij om zorg die grenst aan huisartsengeneeskunde en waarover wij een zorgovereenkomst hebben gesloten met uw huisarts.

Deze zorg omvat onder andere:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- dopplersonderzoek (vaatonderzoek);
- spirometrie (longfunctiemeting).

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zie artikel B.3.1.

B.3.3. Huisartsenzorg op GGZ gebied

Zorg: waar hebt u recht op?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van GGZ (Geestelijke Gezondheids Zorg) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik.
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of gespecialiseerde GGZ (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgaanbieder

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de POH GGZ (Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ), als hij zorg bij lichte psychische klachten verleent.

B.4. Medisch specialistische zorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Verpleging zonder opname (zie artikel B.4.4.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -advisering (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22)

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn of overhangen waardoor er huidoverschot is, als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstampuatie is uitgevoerd;
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvulo-

- plastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren);
- Besnijdenis (circumcisie);
- Correctie van bovenoogleden;
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);
- verblijf, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen);
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een

alternatief zorgaanbieder valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor 365 dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Zorgaanbieder

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg,
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgaanbieder valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist verwezen worden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

B.4.4. Verpleging zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodza-

kelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - verpleging die noodzakelijk is in verband met zorg in de laatste periode voor het overlijden (palliatieve terminale zorg);
 - verpleging die noodzakelijk is in verband met beademing.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De verpleegkundige moet BIG-geregistreerd zijn en in verband met de aandoe-ning waarvoor de zorg nodig is, over voldoende bekwaamheid (bijvoorbeeld door periodieke (bij)scholing en instructiebijeenkomsten) beschikken. De verpleegkundige waarborgt de ver de continuïteit van de vereiste zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist of verpleegkun-dig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt bij u thuis plaats.

B.4.5. Plastische chirurgie met of zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plas-tisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare li-chamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waar-van door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren li-chamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smet-plekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bij-voorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als

- het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn of overhangen waardoor er huidoverschot is, als sprake is van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Bij verlamde, verslapte of overhangende bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding;
 - primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transeksualiteit;
 - de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - De correcties moeten overeenkomstig de VAGZ werkwijzer zijn.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie:
u hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten 2 cupmaten of meer van elkaar verschillen. Dit kan namelijk gezien worden als verminking. Er bestaat alleen recht op een eenzijdige verkleining.
- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen valt onder uw zorgverzekering. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste geval-

len worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.

- Neuscorrectie:
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar hebt u recht op?

Revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgaanbieder

Een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Zorg: waar hebt u recht op?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg bedraagt maximaal dan 6 maanden.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt direct op een opname en verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2.; en
- de geriatrische revalidatie gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel B.4.2.; en
- daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf en behandeling in een AWBZ-instelling voor samenhangende zorg. Dit laatste bestaat uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding/behandeling voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening/beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap als de verzekerde is aangewezen op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht (artikelen 8 en 9 Besluit zorgaanpak AWBZ).

Zorgaanbieder

Een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor geriatrische revalidatie.

B.4.7. Orgaantransplantatie

B.4.7.1. Zorg voor ontvanger bij orgaantransplantatie

Zorg: waar hebt u recht op?

Voor u, als verzekerde en ontvanger van een

orgaan, omvat de zorg:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie. Het kan ook om levende donatie gaan.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- De transplantatie van weefsels en organen is verricht in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de verzekerde is.

Zorgaanbieder

De zorgaanbieder moet:

- voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie; en
- verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

B.4.7.2. Zorg voor donor bij orgaantransplantatie

Zorg: waar hebt u recht op?

Bij orgaantransplantatie omvat de zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u als ontvanger afstaat):

- opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. De donor heeft dit nodig in verband met de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Dit vervoer duurt maximaal 13 weken na het einde van de opname die hiermee te maken heeft. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden,
- als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met een auto of een taxi mogelijk.
- vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

De zorg in dit lid ten behoeve van de donor valt onder de verzekering van u als ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen. De donor wordt uitsluitend voor deze zorg ook als verzekerde beschouwd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
 - eventueel misgelopen inkomsten van een donor.

Voorwaarden

Zie artikel B.4.7.1.

B.4.8. Dialyse zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

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

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan hebt u naast de dialyse ook recht op:

- het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
- de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen;
- overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Op grond van artikel B.17. Hulpmiddelenzorg hebt u ook recht op de onderstaande zorg. Kijk hiervoor ook in ons Reglement hulpmiddelen:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitgevoerd door of onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist of verpleegkun-

dig specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen, als de dialyse bij u thuis plaats gaat vinden. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor nierdialyse, op het praktijkadres van de internist die is gespecialiseerd in nierziekten (nefroloog) of bij u thuis.

B.4.9. Mechanische beademing

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- de noodzakelijke mechanische beademing danwel het verzorgen van de apparatuur die nodig is, zodat u deze bij elke behandeling direct kunt gebruiken;
- de betreffende medisch specialistische zorg;
- de geneesmiddelen die met de mechanische beademing te maken hebben.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet de verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg zoals in dit artikel omschreven.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

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

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een beademingscentrum of bij u thuis.

B.4.10. Onderzoek naar kanker bij kinderen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg voor uw kind omvat de centrale (referentie-)diagnostiek (het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) verleent de zorg.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.11. Trombosedienst

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg door de trombosedienst en bestaat uit:

- het regelmatig bij u afnemen van bloedmonsters;
- de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- de apparatuur met toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten. De trombosedienst stelt deze apparatuur aan u ter beschikking;
- de opleiding waarin u leert omgaan met de apparatuur waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- het advies door de trombosedienst over de toepassing van geneesmiddelen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, uw behandelend medisch specialist, verpleegkundig specia-

list of een trombosearts die verbonden is aan een erkende trombosedienst heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats bij een erkende trombosedienst, op de praktijklocatie van de behandelend zorgaanbieder of bij u thuis.

B.4.12. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat erfelijkheidsonderzoek en -advisering bestaande uit de centrale (referentie-) diagnostiek (het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. Deze zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvisering;
- de psychosociale begeleiding die met de zorg te maken heeft;
- onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is. Deze personen kunnen vervolgens ook advies krijgen.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een klinisch geneticus verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum, een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die is toegelaten en een vergunning heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

B.4.13. Audiologische zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Audiologisch zorg omvat zorg die te maken heeft met problemen met horen/de gehoorfunctie. U hebt daarbij recht op:

- het onderzoek naar de gehoorfunctie;
- de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- de voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- de psychosociale zorg in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dat noodzakelijk is;
- de hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die ook verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of bedrijfsarts.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in de wettelijk erkende en bevoegde instelling voor medisch specialistische zorg of het audiologisch centrum.

B.4.14. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- de 1e, 2e en 3e poging volgens de in vitrofertilisatiemethode (IVF), per gerealiseerde zwangerschap en
- de daarbij toegepaste geneesmiddelen volgens het GVS (zie artikel B.15.).

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld met IVF. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke

criteria.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u 43 jaar of ouder bent, behalve:
 - als u op 31 december 2012 43 jaar of ouder was en uiterlijk op die datum een IVF-poging is gestart; of
 - als u bij aanvang van een IVF-poging jonger dan 43 jaar was;
 - u hebt dan recht op afronding van die poging voor onze rekening;
 - de 1e en de 2e IVF-poging per te realiseren zwangerschap als er meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst en u jonger bent dan 38 jaar;
 - de 4e of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap;
 - behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatiebehandeling.
- Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's;
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:
 - Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Er is pas sprake van een poging als fase 2 (de follikelpunctie) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de poging waarin de embryo's zijn verkregen.

Voorbeelden:

- U hebt een 3e poging. Hierbij wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na een paar weken gaat het mis. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.

- U hebt een 3e poging. Hierbij wordt een follicelpunctie uitgevoerd. Na een paar weken gaat het mis, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. Eén of meer mogen tegelijk worden teruggeplaatst. Dit hoort nog bij de 3e poging. Zou het de 1e of 2e poging zijn, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
- U hebt een 3e poging. Hierbij wordt een follicelpunctie uitgevoerd. Na 14 weken gaat het mis. U hebt dan opnieuw recht op 3 pogingen omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
- U hebt 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd bent u toch zwanger zonder medisch ingrijpen. U hebt dan opnieuw recht op 3 pogingen.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een gynaecoloog voert de behandeling uit.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een daar voor vergunninghoudende instelling.

B.4.15. Second opinion

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat second opinion. Daaronder verstaan we een consult over een gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de 1e gecommenteerde zorgaanbieder.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- De second opinion betrekking heeft op uw geneeskundige zorg;
- U keert met de second opinion terug naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Zorgaanbieder

Een medisch specialist of een kaakchirurg ver-

leent de zorg.

Verwijzing

Voor een second opinion is voor aanvang van de behandeling een aparte verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist, bij wie u onder behandeling bent.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

B.5. Zorg voor de bevalling

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.5.1. Verloskundige zorg

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- verloskundige zorg zoals verloskundigen en huisartsen of
 - medisch specialistische zorg zoals medisch specialisten
- die tijdens de zwangerschap plegen te bieden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De begeleiding van de zwangerschap zonder medische noodzaak wordt verleend door een verloskundige of een huisarts. De begeleiding van de zwangerschap met medische noodzaak wordt verleend door een medisch specialist.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts of verloskundige nodig als een medisch specialist of verpleegkundig specialist de zorg verleent.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De begeleiding van de zwangerschap zonder medische noodzaak vindt plaats in de praktijk van een verloskundige, van een huisarts of bij u thuis. De begeleiding van de zwangerschap met medische noodzaak vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

B.5.2. Echoscopie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat echoscopie.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De echoscopie wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van huisarts of verloskundige nodig als een medisch specialist, verpleegkundig specialist of echoscopist de zorg verleent. Een verwijzing is niet nodig als de verloskundige zorg door een specialist wordt geleverd.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, in de praktijk van de medisch specialist, huisarts of verloskundige, in een echocentrum/prenataal screeningcentrum of in een huisartsenlaboratorium.

- de combinatietest voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar als er een medische indicatie bestaat.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist die:

- daarvoor een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of
- een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO).

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van huisarts of verloskundige nodig als een medisch specialist, verpleegkundig specialist of echoscopist de zorg verleent. Een verwijzing is niet nodig als de verloskundige zorg door een specialist wordt geleverd.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, in de praktijk van de medisch specialist of verloskundige, in een echocentrum/prenataal screeningcentrum of in een huisartsenlaboratorium.

B.5.3. Prenatale screening

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat prenatale screening. Deze prenatale screening omvat:

- counseling voor zwangere vrouwen van alle leeftijden. Tijdens de counseling ontvangt u uitleg over de prenatale screening;
- het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO) voor zwangere vrouwen van alle leeftijden (ook wel "20-wekenecho" genoemd);
- de combinatietest voor zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder. De combinatietest bestaat uit de NT-meting (ook wel "nekplooiemeting" genoemd) en serumtest (bloedonderzoek);

B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat inschrijving en intake voor kraamzorg. De intake bestaat uit het bespreken van de kraamzorg (zowel de inhoud als het aantal uren) die u gaat krijgen na de bevalling.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De inschrijving en intake vallen slechts één keer per zwangerschap onder uw zorgverzekering.

- De kosten voor een eventuele inschrijving bij een geboortecentrum wordt niet vergoed.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De inschrijving en intake worden gedaan door een kraamcentrum.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De inschrijving en intake kunnen bij u thuis of telefonisch plaatsvinden.

B.6. Zorg tijdens de bevalling

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden of
- medisch specialistische zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden

tijdens de bevalling (inclusief voor- en nazorg). De zorg kan plaatsvinden met medische noodzaak of zonder medische noodzaak.

Bij de zorg hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie) gegeven op basis van het "Inhoudelijk Kader Partusassistentie" tot maximaal het aantal uren zoals door de verloskundige volgens het "Kraamzorg, Landelijk Indicatieprotocol" is vastgesteld.

U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Onder bevalling verstaan we het einde van de zwangerschap na de 18e week.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U betaalt een eigen bijdrage. Als sprake is van een poliklinische bevalling of bevalling in een geboortecentrum zonder medische noodzaak, moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 16,50 per persoon per dag zelf betalen.
- Als er meer dan € 116,50 per persoon per dag wordt gevraagd, moet u het bedrag boven de € 116,50 ook zelf betalen.

- De maximum vergoeding per dag en de eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van 1 kind of een meerling.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorbeelden:

- Stel, er wordt € 130,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:
 - Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 - Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 16,50 per dag voor moeder en € 16,50 per dag voor het kind in rekening.
 - Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 116,50 per persoon per dag in rekening. In dit geval is dat € 130,- minus € 116,50 = € 13,50 per persoon per dag. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.
- Stel, u bevalt in het ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak, zonder opname. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2x € 116,50 per dag. De totale vergoeding is € 233,- voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 16,50 aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 33,-. U krijgt dus € 233,- minus € 33,- = € 200,- per dag van ons.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De medisch noodzakelijke bevalling wordt verleend door een medisch specialist.

Een bevalling zonder medische indicatie kan ook worden verleend door een verloskundige of een huisarts.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts of verloskundige nodig voor een bevalling op medische indicatie.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De medisch noodzakelijke bevalling vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg. Bij een bevalling zonder medische indicatie kan de zorg ook worden verleend in een geboortecentrum waarmee wij een overeenkomst hebben of bij u thuis.

B.7. Zorg na de bevalling

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- kraamzorg voor moeder en kind(eren) zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden;
- verloskundige en medisch specialistische zorg (de laatste als er daarvoor medische noodzaak bestaat) en eventueel verblijf in een instelling na de bevalling voor moeder en kind zoals verloskundigen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden;
- tijdens de periode van opname geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder en het geboren kind of de geboren kinderen. Kraamzorg thuis duurt normaal gesproken 8 dagen. Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren per dag wordt volgens landelijke indicatieafspraken door de verloskundige of medisch specialist vastgesteld. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Om medische redenen kunnen hieraan nog 2 extra dagen toegevoegd worden. Het extra aantal uren/dagen en het aantal uren/dagen kraamzorg elders hangt af van het oordeel van de verloskundige of medisch specialist. Zij overleggen hierover met de instelling die de kraamzorg gaat leveren.

Is sprake van een medische indicatie dan hebt u vanaf de dag van de bevalling ook recht op verblijf en verloskundige en medisch specialistische zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg. Uw kraamzorg is inbegrepen in dat verblijf. Aan de hand van het aantal opnamedagen/verblijfdagen wordt uw aantal resterende uren/dagen kraamzorg vastgesteld.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Voor kraamzorg is in de volgende gevallen een eigen bijdrage van toepassing:
 - in het kraamhotel of thuis geldt een eigen bijdrage van € 4,10 per uur;

- voor kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg, een geboortecentrum of in een kraamhotel moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 16,50 per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage);
 - als er meer dan € 116,50 per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 116,50 ook zelf betalen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De postnatale verloskundige zorg (kraambedcontroles) tijdens de kraamperiode wordt geleverd door een verloskundige of medisch specialist.

De kraamzorg wordt verleend door:

- een kraamverzorgende:
 - in dienst van een gecontracteerde instelling die de kraamzorg organiseert,
 - heeft alle benodigde diploma's heeft, en
 - werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol; of
- een geboortecentrum of kraamhotel; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende of een kraamverzorgende in dienst van een niet-gecontracteerde instelling:
 - heeft alle benodigde diploma's, en
 - werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol en
 - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg.

Tijdens het verblijf met een medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg is de kraamzorg inbegrepen in de verpleging en verzorging. De medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of verloskundige.

Verwijzing

Als verblijf en verzorging van moeder en/of kind(eren) op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg plaatsvinden, is daarvoor voor aanvang van de behandeling een verwijzing van de verloskundige, huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist nodig.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor de twintigste week of in 4e maand van uw zwangerschap contact opnemen met onze afdeling Kraamzorgservice, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte

van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg met medische indicatie vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg. De overige kraamzorg wordt in een instelling die door de wet erkend is (geboortecentrum, kraamhotel of op uw (tijdelijke) verblijfplaats of bij u thuis verleend.

B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u alleen recht op fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.8.3.

B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in

verband met urine-incontinentie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.8.3.

B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.
U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.
U hebt recht op de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;
- die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.
U hebt per aandoening recht op 9 behandelingen per jaar. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u recht op nog maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck is zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.
- Onder deze rubriek "fysiotherapie en/of oefentherapie" vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder (fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeem-

fysiotherapeut.

Zorgaanbieder

- Een fysiotherapeut verleent fysiotherapie.
- Een manueel therapeut verleent de manuele therapie.
- Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie.
- Een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.
- Een geriatriefysiotherapeut verleent de geriatriefysiotherapie.
- Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemfysiotherapie.
- Een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie.
- Een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie. Dat is een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig als het gaat om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of als het gaat om bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U hoeft geen akkoordverklaring aan ons te vragen als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. U kunt die zorgaanbieders vinden op onze internetsite. De therapeut beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
- Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze aandoeningen valt, raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.
- Hebt u op een bepaald moment zowel fysiotherapie als oefentherapie of wordt u voor een bepaalde tijd door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten behandeld, dan moet u wel bij ons vooraf een akkoordverklaring vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgaanbieder of
- op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar fysiotherapie en oefentherapie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dit medisch noodzakelijk is.

B.9. Ergotherapie

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat ergotherapie zoals ergotherapeuten die plegen te bieden voor maximaal 10 behandelingen per jaar. Dit bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of
- op de afdeling ergotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar ergotherapie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dit medisch noodzakelijk is.

B.10. Logopedie

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat logopedie zoals logopedisten die plegen te bieden. De logopedie heeft een geneeskundig doel en leidt tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen. Logopedie omvat ook individuele behandelingen stottertherapie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - behandelingen met een onderwijskundig doel;
 - behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid;
 - dyslexiezorg (zie daarvoor artikel B.20.);
 - stottertherapie in groepsverband volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S.(zie daarvoor artikel D.5.).

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een logopedist verleent de zorg.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend logopedist of
- op de afdeling logopedie van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar logopedie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is.

B.11. Dieetadvisering

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.11.1. Dieetadvisering voor chronische indicatie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat dieetadvisering zoals diëtisten die plegen te bieden op het gebied van voeding en eetgewoonten. Dit bestaat uit voorlichting en advisering ingeval van een of meer van deze chronische indicaties:

- Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder;
- verhoogd Vasculair Risico (VRM);
- chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

De zorg wordt verleend:

- in de vorm van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.1.2.) en wordt geleverd door een zorggroep. Een zorggroep heeft altijd een zorg- of internetovereenkomst met ons. Deze zorg wordt volledig vergoed;
- door een gecoördineerd multidisciplinair samenwerkingsverband. Dit is geen zorggroep. U hebt recht op maximaal 3 behandeluren per jaar.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Er is sprake van ketenzorg geleverd door een zorgaanbieder die gespecialiseerd is in Diabetes, COPD en/of vasculair risicomanagement en die deelneemt aan:

- een zorggroep; of
- een multidisciplinair samenwerkingsverband (niet zijnde een zorggroep) van zorgaanbieders die gecoördineerd behandelingen leveren bij de genoemde aandoeningen.

Bij een zorggroep declareert de zorggroep als zodanig. Individuele zorgaanbieders declareren niet, ook niet als zij deelnemer zijn van de zorggroep.

Bij een multidisciplinair samenwerkingsverband

declareren de individuele (deelnemende) zorgaanbieders.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar een zorgaanbieder werkzaam is, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgaanbieder afspreekt.

B.11.2. Dieetadvisering in overige gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat dieetadvisering zoals diëtisten die plegen te bieden op het gebied van voeding en eetgewoonten. Dit bestaat uit voorlichting en advisering zonder dat sprake is van een of meer chronische indicaties die zijn genoemd in artikel B.11.1. U hebt recht op maximaal 3 behandelingen per jaar.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U hebt geen recht op vergoeding van dieetadvisering als u op grond van artikel B.11.1. al dieetadvisering ontvangt van een door ons gecontracteerde zorggroep.

Voorwaarden

Algemeen

Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.

Zorgaanbieder

Een diëtist verleent de zorg.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend diëtist of
- op de afdeling dieetadvisering van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar dieetadvisering wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verwerfing van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Voorbeeld:

Het kan gaan om mensen met de volgende aandoeningen:

- hartaandoeningen;
- diabetes mellitus;
- lichen planus (huidaandoening in de mond);
- multipole sclerose;
- longontsteking.

Het kan ook gaan om mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:

- radiotherapie in het hoofd-halsgebied;
- chemotherapie;
- intraveneuze bisfosfonaten (geneesmiddelen die in de aderen worden gespoten om de af-

- braak van botweefsel tegen te gaan);
- calciumantagonisten (middel dat kan worden gebruikt bij bepaalde hartklachten);
- difantoïne-achtige preparaten (middelen die gebruikt kunnen worden bij o.a. epilepsie).

Verder kan het ontstekingsvrij maken van de mond nodig zijn:

- bij oncologische patiënten bij wie de algemene weerstand gevaar loopt;
- bij parodontitis (ernstige tandvleesontsteking) als complicatie van een immuun-, bloed- of stofwisselingsziekte;
- in het kader van preventie van systematische complicaties bij endocarditis (ontsteking van de binnenwand van het hart), hartklepaandoeningen, stamceltransplantatie, nierfalen en orgaantransplantatie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Als u 18 jaar of ouder bent en u krijgt mondzorg terwijl bij u niet één van de hiervoor genoemde indicaties is gesteld, dan wordt deze mondzorg niet onder artikel B.12.1. vergoed.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.2. Tandheelkundige implantaten

Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem):

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie

Zorg: waar hebt u recht op?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgaanbieders opgesteld worden.

Zorgaanbieder

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygienist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde mondzorgaanbieder die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of een bevoegde mondzorgaanbieder die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een geregistreerd orthodontist;
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of lachgas-sedatie wordt deze verleend:
 - in een door COBIJT (Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - door een zorgaanbieder waarmee wij voor deze behandeling schriftelijke afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, hebt u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de zorg onder B.12.1.

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt.
- Voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur (waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vastgemaakt) vraagt u ons zorgadvies en een akkoordverklaring. Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken kaak hebt. U moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting meesturen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de instelling voor medisch specialistische zorg;
- in een tandartspraktijk;
- in een centrum voor mondzorg;
- in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- in de praktijk van de orthodontist of
- op de plaats waar u verblijft (dus op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft); u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2 keer per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blij-

vende gebitselementen (dus niet het melkgebit);

- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een recent ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - kronen, bruggen en implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);
 - orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - gebitsbeschermer of mondbeschermer (aangeduid met code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - uitwendig bleken van tanden (aangeduid met code E97 of E98);
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoeding Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

U bent jonger dan 18 jaar.

Zorgaanbieder

Een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgaanbieder verbonden aan een centrum voor mond- en tandheelkunde, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een Instelling voor jeugd- en tandverzorging of een instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om:
 - het vervangen en/ of restaureren van tanden en/ of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een recent ongeval;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie.
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.
Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:
 - de mond- en tandzorg niet meer noodzakelijk is,
 - u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor de volgende zorg door een tandarts-specialist mond- en tandheelkunde en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of lachgassedatie;
 - kaakoperatie (osteotomie);
 - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- Ook is onze akkoordverklaring nodig als u mond- en tandzorg krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. medisch specialistische zorg: dit omvat mond- en tandzorg voor mond-, kaak- en aangezichts- chirurgie zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Deze mond- en tandzorg bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mond- en tandzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen voor maximaal 365 dagen.
- b. uitneembare volledige gebitsprotheses: dit omvat mond- en tandzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 100% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, niet op implantaten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;

- ongecompliceerde extracties;
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg. Bij de telling van de 365 dagen bij de opname in een ziekenhuis gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor 365 dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Zorgaanbieder

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
 - een tandarts, of
 - een tandprotheticus of
 - een bevoegde zorgaanbieder verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - een tandprotheticus als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- Een tandarts, tandprotheticus, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de kosten van de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. indienen.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als:

- het gaat om de volgende zorg door een kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of lachgassedatie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 550,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese).

Wij kunnen bij de akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

- De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

B.15. Geneesmiddelen

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene voorwaarden (artikel B.15.1.);
- Medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik (artikel B.15.2.);

- Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers (artikel B.15.3.);
- Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (artikel B.15.4.).

B.15.1. Geneesmiddelen algemeen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staan de volgende lijsten:

- Geneesmiddelen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering;
- Lijst met geneesmiddelen die zijn overgeheveld naar het ziekenhuis;
- Lijst Voorkeursgeneesmiddelen.

Het Reglement Farmacie kunt u vinden op onze internetsite, of telefonisch bij ons opvragen.

B.15.1.a. Geneesmiddelen

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop alle geregistreerde geneesmiddelen staan (Bijlage 1) waar u recht op kunt hebben. Soms worden er nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van bijvoorbeeld de indicatie (Bijlage 2), zie ook Reglement Farmacie. Bijlagen 1 en 2 vindt u op www.wetten.nl.

In het GVS is geregeld of een geneesmiddel volledig vergoed wordt of dat er een eigen bijdrage voor geldt.

Ook kunt u recht hebben op niet-geregistreerde geneesmiddelen, bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding). Er moet dan sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam, effectief en het meest economisch is. (zie ook B.15.4)

Voor niet-geregistreerde allergenen (dit zijn middelen die gebruikt worden voor een desensibilisatiekuur, een bepaalde behandeling tegen allergie) gelden aanvullende voorwaarden. Deze staan vermeld in het Reglement Farmacie, artikel 3.4. "Niet-geregistreerde allergenen".

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige geneesmiddelen uit het GVS vallen niet volledig onder uw zorgverzekering omdat daarvoor een eigen bijdrage geldt.
- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
 2. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
 4. zelfzorggeneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering ook niet onder uw zorgverzekering vallen;
 5. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik; geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 6. geneesmiddelen die onder de AWBZ, overheidsfinanciering of subsidie vallen;
 7. geneesmiddelen waarvoor wij geen voorkeur hebben. De geneesmiddelen die wel onze voorkeur hebben, staan in het reglement Farmacie op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Onder uw zorgverzekering vallen alleen deze voorkeursgeneesmiddelen;
 8. geneesmiddelen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, of als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Voor toelichting zie onder "Voorwaarden", "Zorgadvies en akkoordverklaring", "a. Nadere voorwaarden";
 9. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
 10. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 11. vitamines en voedingssupplementen;
 12. geneesmiddelen waarbij na falen van de (aan een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen.

Let op!

In een aanvullende verzekering kan deze zorg (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.b. Leveren van geneesmiddelen en advisering

De zorg omvat het ter handstellen (de verstrekking) van geneesmiddelen en de advisering die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plegen te bieden.

Voor de levering van geneesmiddelen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het geneesmiddel is bestemd, zijn verzorger, of de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als na afgifte van het recept het geneesmiddel niet wordt opgehaald, kan de apotheek afleveringskosten in rekening brengen;
- Als een geneesmiddel voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deelleveringen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het geneesmiddelenbeheer van u kan overnemen.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- extra begeleiding bij een 1e en een 2e uitgifte van een geneesmiddel of als u een geneesmiddel langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt;
- uitleg als u een geneesmiddel gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;
- schriftelijke vastlegging van uw huidige geneesmiddelengebruik en uw geneesmiddelengebruik bij ontslag na opname.

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze internetsite.

Let op!

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - geneesmiddelen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende geneesmiddelen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen:
 - als de bijbehorende geneesmiddelen dienen voor een chronische behandeling onder verantwoordelijkheid van uw huisarts;
 - die nodig zijn bij geneesmiddelen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een ander dan een apotheker of apothekhoudend huisarts;

- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van geneesmiddelen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedsituatie.

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie Reglement Farmacie, hoofdstuk 3), wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. 15 dagen na gebruik kan blijken dat het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Uw huisarts of medisch specialist en apothekhoudende bepalen gezamenlijk of het medisch noodzakelijk is dat u een ander geneesmiddel uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Dit staat beschreven in de Regeling zorgverzekering. U hebt dan recht op dat andere geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in het Reglement farmacie op de "Lijst Voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Zorgaanbieder

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

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het geneesmiddel moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS.
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is. (zie reglement Farmacie hoofdstuk 3);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd dit artikel B.15.1.

Vorgestelde behandeling (voorschrift)

Algemeen

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeente-

lijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige, (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid).

Wij kunnen aanvullende voorwaarden stellen aan de soort voorschrijver. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij Dimethylfumaraat: het 1e voorschrift moet van van een dermatoloog of internist afkomstig zijn.

Let op!

Geneesmiddelen worden niet vergoed als zij worden voorgeschreven door een basisarts, alternatief arts of alternatief genezer.

Bijzonder

Bepaalde geneesmiddelen uit het GVS zijn zodanig specialistisch dat de Minister heeft besloten dat deze geneesmiddelen alleen aan het ziekenhuis mogen worden betaald (zie artikel B.4. Medisch specialistische zorg). Deze geneesmiddelen kunt u vinden in het Reglement Farmacie onder de "Lijst met geneesmiddelen die zijn overgeheveld naar het ziekenhuis".

Voor welke periode mag een geneesmiddel worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van geneesmiddelen op voorschrift/recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per geneesmiddel anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift/recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een geneesmiddel dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- 3 maanden voor geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand wanneer de kosten van het geneesmiddel per maand hoger zijn dan € 1.000,-.
- 1 maand in andere gevallen.

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en er is geen herhaalrecept

nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Nadere voorwaarden

Voor sommige geneesmiddelen uit het GVS gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf".

Vooraf wordt door ons of door de zorgaanbieder namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De Minister kan de lijst in de Regeling tussendoor aanpassen. Als dat gebeurt, plaatsen wij een nieuw Reglement met de gewijzigde Lijst op internet.

Geneesmiddelen ingevoerd uit het buitenland

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze geneesmiddelen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland zeer zelden voorkomt; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek in een voor u geschikte vorm wordt ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor u en de zorgverzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De geneesmiddelen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat maximaal eenmaal per 2 jaar een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch geneesmiddelengebruik, een zogenaamde medica-

tiebeoordeling. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.4. hebben aangegeven.

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apotheehouder huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een apotheker, (apotheehouder) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist en/of een andere bij de behandeling betrokken zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Dit is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte hebt aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apotheehouder huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woonadres.

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat onderstaande geneesmiddelen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze geneesmiddelen zijn ook zonder recept verkrijgbaar:

Zelfzorggeneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- kalktabletten;
- geneesmiddelen bij allergie;

- geneesmiddelen tegen diarree;
- geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- kunststranen;

Maagzuurremmers

Het gaat om maagzuurremmers inclusief geneesmiddelen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- U moet het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaan gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Zorgadvies en akkoordverklaring

(zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers zijn middelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel B.15.1. onder Zorgadvies en akkoordverklaring, a. "nadere voorwaarden". Wij kunnen hierbij aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geneesmiddel dat niet is opgenomen in het GVS.
- Er is een eigen bijdrage van toepassing als de magistrale bereiding een geneesmiddel met eigen bijdrage bevat.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het gaat om rationele farmacotherapie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.16. Dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten geldende volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Zorgadvies en akkoordverklaring, nadere voorwaarden.);
- U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
- U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en:
 - u lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
 - u lijdt aan een voedselallergie;
 - u lijdt aan een resorptiestoornis;
 - u lijdt aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Zorgaanbieder

De dieetpreparaten zijn geleverd door een erkende zorgaanbieder. Voor sondevoeding mogen alleen bepaalde speciaalzaken (leverancier hulpmiddelen) leveren.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgaanbieder die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een erkende leverancier toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

- De dieetpreparaten zijn geleverd op de locatie waar de zorgaanbieder zijn bedrijf heeft, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgaanbieder afspreekt.
- Als levering plaatsvindt door een zorgaanbieder waar wij een "internetovereenkomst" mee hebben gesloten, mag deze alleen op uw woonadres leveren.

B.17. Hulpmiddelenzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk";
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd.

Tip

- In een aanvullende verzekering is een aantal

hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

- Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijk vastgestelde maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

- orthopedische schoenen;
- verbandschoenen;
- haarwerken;
- hoortoestellen;
- gezichtshulpmiddelen;
- allergeenvrije schoenen.

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.

- De volgende hulpmiddelen vallen (onder bepaalde voorwaarden) niet onder uw zorgverzekering. Ook deze kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:

- Plaswekker;
- Gezichtshulpmiddelen;
- Steunzolen;
- Hulpmiddelen voetzorg;
- Thuisbewakingsmonitor;
- ADL-hulpmiddelen;
- Thuisverzorgingsartikelen;
- Huur hulpmiddelen;
- Steunpessarium;
- Teststrips diabetespatiënten;
- Persoonsalarmering;
- Condooms;
- Braces en bandages;
- Epilepsie alarmering;
- Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in hoofdstuk D.4.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgaanbieder;
- de hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke

eigen bijdrage of wettelijk vastgestelde maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel afneemt van een zorgaanbieder met wie wij een zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten, betalen wij de zorgaanbieder en verrekenen wij deze eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Let op!

Deze eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingenoverzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgaanbieder.

Schade aan een hulpmiddel dat wij aan u (in bruikleen) hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie en meldt u de diefstal bij ons en bij de zorgaanbieder.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgaanbieder met wie wij een zorg- en/of internetovereenkomst mee hebben gesloten, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgaanbieder

Voor de *Zorgverzekering Natura Direct* kan sprake zijn van de volgende situaties:

- Zorgaanbieder met een "internetovereenkomst":

een groot aantal hulpmiddelen kunt u het beste bij de kleine groep landelijk werkende zorgaanbieders bestellen waar wij een "internetovereenkomst" mee hebben gesloten. U hoeft dan namelijk niet een deel zelf te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage).

- Zorgaanbieder met een zorgovereenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst": een aantal hulpmiddelen kan niet door de zorgaanbieders met een "internetovereenkomst" worden geleverd. U kunt voor deze hulpmiddelen naar één van de vele zorgaanbieders waarmee wij een zorgovereenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst", gesloten hebben. U hoeft bij deze zorgaanbieders in dat geval dan ook niet een deel zelf te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage). Als een hulpmiddel wel door een zorgaanbieder met "internetovereenkomst" geleverd kan worden, maar u toch naar een zorgaanbieder gaat met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben, maar geen "internetovereenkomst", dan geldt hetzelfde als bij Zorgaanbieder zonder overeenkomst;
- Zorgaanbieder zonder overeenkomst: u kunt dan in artikel A.20. onder b, c en d. lezen hoeveel wij in dat geval vergoeden.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgaanbieder voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat u de aanvraag doet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Als levering plaatsvindt door een zorgaanbieder met wie wij een "internetovereenkomst" hebben gesloten, mag deze alleen op uw woonadres leveren.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Ziekenvervoer

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.18.1. Ziekenvervoer per ambulance

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand.
De Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter";
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.

Voorbeeld:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet ziekenvervoer per ambulance in in het kader van begeleiding of behandeling op grond van artikel 6 en 8 Besluit zorgaanspraken AWBZ gedurende een dagdeel zorg ontvangt. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak volgens artikel 10 Besluit zorgaanspraken onder de AWBZ.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

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

Zorgaanbieder

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van acuut ambulancevervoer, dus als spoed nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig, behalve als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wilt maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

- Van:
 - uw wettelijke woonadres;
 - uw tijdelijke verblijfadres;
 - de plaats waar u wordt behandeld;
 - de plaats van uw ongeval of plotselinge ziekte;

Naar:

- een zorgaanbieder of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
- een instelling waar u gaat verblijven. Uw verblijf moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de AWBZ.

- Van:
 - een instelling waar u verblijft en waarvan dit verblijf helemaal of voor een deel onder de

dekking van de AWBZ valt;

Naar:

- een zorgaanbieder of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen.
- Van:
- een zorgaanbieder. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - een instelling waar u zult verblijven. Uw verblijf moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de AWBZ;
 - een zorgaanbieder of instelling waar u een onderzoek krijgt of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;

Naar:

- uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

B.18.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer:
 - per auto
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze be-

geleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto heeft de minister een vergoeding van € 0,31 per kilometer vastgesteld.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat eigen bijdragen of heeft uitsluitingen:
 - U hebt een eigen bijdrage van € 96,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
 - U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u in het kader van begeleiding of behandeling op grond van artikel 6 en 8 Besluit zorgaanspraken AWBZ gedurende een dagdeel zorg ontvangt. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak volgens artikel 10 Besluit zorgaanspraken onder de AWBZ.
 - U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - Een zorgaanbieder of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - Vervolgens terug naar woning op uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van behandeling.

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- u een nierdialyse moet ondergaan;

- u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;
- u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast ziekenvervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgaanbieder of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgaanbieder of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen.

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgaanbieder of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de AWBZ vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule op jaarbasis: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x $52/12$ x 26 (afstand in kilometers) x $0,25$ (wegingsfactor) = $281,67$. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u

ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Zorgaanbieder

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) zijn en de juiste vergunning hebben.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Ook als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of voor vervoer met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot). Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij "plaats" in artikel B.18.1. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

B.19.1. Basis GGZ

Voor een goed begrip van dit artikel zijn 2 definities van belang:

Hoofdbehandelaar Generalistische Basis GGZ

De hoofdbehandelaar Generalistische Basis GGZ is eindverantwoordelijk voor de diagnose-stelling

en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. De hoofdbehandelaar is een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) of psychotherapeut.

Hulppersoneel Generalistische Basis GGZ

Bij een instelling voor Generalistische Basis GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel als sprake is van het behandeltraject chronische zorg BGGZ.

Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling (onder supervisie van de hoofdbehandelaar) uit te voeren. Alleen zorgaanbieders die opgenomen zijn in de beroepentabel DBC-GGZ van de CONO-beroepenstructuur kunnen hulppersoneel zijn. Dit is bijvoorbeeld een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

De zorg mag niet worden verleend door anderen, tenzij wij dit met de betreffende zorgaanbieder in een zorgovereenkomst anders hebben afgesproken.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.

Deze zorg is ingedeeld in verschillende prestaties:

- Kort
- Middel
- Intensief
- Chronisch.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - een intelligentieonderzoek;
 - dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.20.);
 - schoolpsychologische zorg;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen en cursussen;
 - orthopedagogische zorg;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - begeleiding van kinderen met een ontwikkelings- of leerstoornis;
 - enkel diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt op basis van een diagnose volgens internationaal erkende standaarden (de DSM IV);
 - behandeling van aanpassingsstoornissen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.

Zorgaanbieder

- Generalistische Basis GGZ voor prestaties Kort, Middel of Intensief:
De zorg wordt verleend door een GZ-psycholoog of een psychotherapeut.
- Generalistische Basis GGZ voor de prestatie Chronisch:
De zorg wordt verleend door een GZ-psycholoog of een psychotherapeut vanuit en gedeclareerd door een instelling voor Generalistische Basis GGZ. Een deel van de zorg mag ook door hulppersoneel Generalistische Basis GGZ worden verleend.

Zorg mag niet worden verleend door anderen, tenzij we dit met de betreffende zorgaanbieder in een zorgovereenkomst anders hebben afgesproken.

Als de zorg via internet wordt verleend, hebben wij daarover met de zorgaanbieder uitdrukkelijk afspraken in de zorgovereenkomst gemaakt.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een bedrijfsarts of door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)).
- De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Generalistische Basis GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De hoofdbehandelaar Generalistische Basis GGZ toetst of de zorg binnen de Generalistische Basis GGZ valt en legt het voorschrift vast in een behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgaanbieder; of
- in een Generalistische Basis GGZ-instelling zonder dat sprake is van een opname.

B.19.2. Gespecialiseerde GGZ

Voor een goed begrip van dit artikel zijn 2 definities van belang:

Hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ

De hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling, de vaststelling en de uitvoering van het behandelplan. De hoofdbehandelaar is een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar is een instelling of vrijgevestigd.

Hulppersoneel Gespecialiseerde GGZ

Bij een instelling voor gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling (onder supervisie van de hoofdbehandelaar) uit te voeren.

Alleen zorgaanbieders die opgenomen zijn in de beroepentabel DBC-GGZ van de CONO-beroepenstructuur kunnen hulppersoneel zijn. Dit zijn bijvoorbeeld een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een verslavingsarts.

De zorg mag niet worden verleend door anderen, tenzij wij dit met de betreffende zorgaanbieder in een zorgovereenkomst anders hebben afgesproken.

B.19.2.1. Gespecialiseerde GGZ met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ zoals psychiater en klinisch psycholoog die plegen te bieden in combinatie met opname:

- in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg); of
- op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en
- gespecialiseerde behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.

Gedurende maximaal 365 dagen bestaat de zorg ook uit:

- de gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;

- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak);
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
- Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor 365 dagen.
- Wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. Voor de duidelijkheid herhalen we onder het volgende punt enkele uitsluitingen.
- De zorg omvat in ieder geval niet:
 - neurofeedback;
 - psychoanalyse;
 - behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - intelligentieonderzoek;
 - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
 - dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.20.);
 - psychologische zorg op school;
 - medisch psychologische zorg (zie daarvoor artikel B.4.);
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding;
 - orthopedagogische zorg;
 - begeleiding van kinderen met een ontwikkelings- of leerstoornis.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

- Een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) of een instelling voor gespecialiseerde GGZ verleent de zorg.
- Een instelling die de zorg verleent, voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. De geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk

voor de kwaliteit van de verleende zorg. Voor de kwaliteit van de zorg zijn de criteria omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek. De taakafbakening van de betrokken deskundigen is bij protocol omschreven.

- In deze instelling dient de diagnostiek en de behandelindicatie te worden vastgesteld door een BIG-geregistreerd hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG-registratienummer aan ons.
- Op onze internetsite kunt u de instellingen vinden die aan deze eisen voldoen.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een bedrijfsarts of door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. Een bedrijfsarts kan verwijzen voor psychotherapie behalve als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie..
- De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Gespecialiseerde GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar.
- Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor aanvang van de behandeling een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b 5e lid van de AWBZ.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ heeft vastgesteld dat de zorg valt binnen de Gespecialiseerde GGZ (de hoofdbehandelaar toetst de verwijzing); het behandelvoorschrift is beschreven in een behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.19.2.2. Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt.

Onder deze Gespecialiseerde GGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en
- gespecialiseerde behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen:
 - de psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie;
 - andere gespecialiseerde GGZ zonder opname;
 - de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. Voor de duidelijkheid herhalen we onder het volgende punt enkele uitsluitingen.
- De zorg omvat niet:
 - neurofeedback;
 - psychoanalyse;
 - behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - intelligentieonderzoek;
 - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
 - dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.20.);
 - schoolpsychologische zorg;
 - medisch psychologische zorg (zie daarvoor artikel B.4.);
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding;
 - begeleiding van kinderen met een ontwikkelings- of leerstoornis.

Voorwaarden

De voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen, zijn verschillend voor:

- psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie (zie artikel B.19.2.2.a.) en
- andere gespecialiseerde GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet (langdurige) psychoanalytische psychotherapie) (zie artikel B.19.2.2.b.).

Hierna worden per categorie de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om recht op

de zorg te hebben.

B.19.2.2.a. Psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie

Zorgaanbieder

- Een vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, instelling voor gespecialiseerde GGZ of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg.
- Een instelling die de zorg verleent, voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. De geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg. Voor de kwaliteit van de zorg zijn de criteria omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek. De taakafbakening van de betrokken deskundigen is bij protocol omschreven.
- In deze instelling dient de diagnostiek en de behandelindicatie te worden vastgesteld door een BIG-geregistreerd hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG-registratienummer aan ons.
- Op onze internetsite kunt u de instellingen vinden die aan deze eisen voldoen.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. Een bedrijfsarts kan verwijzen voor psychotherapie behalve als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.
- De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek ("gevalideerde screener GGZ"). Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Gespecialiseerde GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar.
- Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor aanvang van de behandeling een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b 5e lid van de AWBZ.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ heeft vastgesteld dat de zorg valt binnen de Gespecialiseerde GGZ (de hoofdbehandelaar toetst de verwijzing); het behandelvoorschrift is beschreven in een behandelplan.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor specialistische psychiatrische zorg of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Een psychiatrisch ziekenhuis valt hier ook onder. Psychotherapie voor zover het niet om een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie gaat, kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de vrijgevestigde zorgaanbieder of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

B.19.2.2.b. Andere gespecialiseerde GGZ zonder opname

Zorgaanbieder

- Een vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, instelling voor gespecialiseerde GGZ of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg.
- Een instelling die de zorg verleent, voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. De geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg. Voor de kwaliteit van de zorg zijn de criteria omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek. De taakafbakening van de betrokken deskundigen is bij protocol omschreven.
- In deze instelling dient de diagnostiek en de behandelindicatie te worden vastgesteld door een BIG-geregistreerd hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG-registratienummer aan ons.
- Op onze internetsite kunt u de instellingen vinden die aan deze eisen voldoen.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de

huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)), bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

- De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Gespecialiseerde GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar.
- Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor aanvang van de behandeling een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b 5e lid van de AWBZ.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ heeft vastgesteld dat de zorg valt binnen de Gespecialiseerde GGZ (de hoofdbehandelaar toetst de verwijzing); het behandelvoorschrift is beschreven in een behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor specialistische psychiatrische zorg of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Een psychiatrisch ziekenhuis valt hier ook onder. De zorg kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de vrijgevestigde zorgaanbieder of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

B.20. Dyslexiezorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat onderzoek als er sprake is van een vermoeden van ernstige enkelvoudige dyslexie, en u hebt recht op behandeling als uit het onderzoek/de diagnostiek blijkt dat er sprake is van ernstige dyslexie.

Onder ernstige dyslexie verstaan we een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprirrels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen. Het gaat om zorg voor kinderen van 7 jaar of ouder die basisonderwijs volgen. Deze zorg mag niet beginnen in 2014 en volgende jaren nadat het kind 14 jaar is geworden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet remedial teaching.

Voorwaarden

Algemeen

- Het vaststellen van de oorzaak (diagnose) wordt uitgevoerd met meetinstrumenten die voldoen aan de eisen voor psychodiagnostische tests (COTAN: Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP).
- Behandeling vindt plaats in een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair), waarbij de hieronder genoemde zorgaanbieder onder het kopje "zorgaanbieder" eindverantwoordelijk is volgens een behandelplan en evaluatie achteraf;
- Het gaat om zorg die plaatsvindt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert 2006). Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite;
- Voordat een kind voor diagnostiek in aanmerking komt, moet de school een anamneserapport hebben opgesteld waaruit blijkt dat de school alles heeft gedaan wat conform het Protocol leesproblemen en dyslexie op school dient te gebeuren.

Zorgaanbieder

Een psycholoog of orthopedagoog verleent de zorg. Deze zorgaanbieder moet:

- zijn geregistreerd als GZ-psycholoog; en
- een aanvullende specialisatie diagnostiek en behandeling van dyslexie hebben; en
- zijn aangesloten bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD) of het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD).

Verwijzing

De verwijzing moet voor aanvang van de behandeling door school gebeuren door een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert 2006). Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op

onze internetsite.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgaanbieder.

B.21. Preventie

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat preventieve zorg voor mensen met (een hoog risico op) een door het College voor Zorgverzekeringen aangewezen aandoening en/of klachten. Het gaat dan om zorg die huisartsen, verloskundigen, klinisch psychologen en medisch specialisten plegen te bieden.

Doel van de zorg is gedragsverandering en het vasthouden van gezond gedrag in het dagelijks leven.

De zorg kan plaatsvinden op consultbasis, via internet en in groepsessies.

Deze zorg richt zich op:

- problematisch alcoholgebruik;
- depressieve klachten en panieklachten;
- het adviseren en motiveren van gezond gedrag bij overgewicht en obesitas;
- stoppen met roken. Dit zorgprogramma kan eenmaal per jaar worden gevolgd en kan ondersteund worden door geneesmiddelen als daartoe aanleiding bestaat in de individuele situatie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:
 - behandeling bij overgewicht en/of obesitas;
 - dagbehandeling en/of verblijf;
 - geneesmiddelen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (zie artikel B.15.1), als het gaat om de interventie "stoppen met roken".
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

- een huisarts;
- een medisch specialist;
- een verloskundige, tenzij de zorg is gericht op depressieve klachten;
- een gezondheidszorgpsycholoog;
- een zorgaanbieder of organisatie met wie wij in een zorgovereenkomst voor die preventie afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist, verpleegkundig specialist of bedrijfsarts. Voor het zorgprogramma stoppen met roken hebt u geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.22. Voorwaardelijke zorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat de volgende zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voorwaardelijk voor een bepaalde periode zijn aangewezen:

- tot 1 januari 2016 behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
 - overgangsregel: als u op 31 december 2013 al zorg ontvangt volgens deze bepaling omvat de zorg tot 1 januari 2016 behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, als de indicatie en behandelingen overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- tot 1 januari 2017 behandeling van een therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
 - overgangsregel: als u op 31 december 2013 al zorg ontvangt volgens deze bepa-

ling omvat de zorg tot 1 januari 2017 behandeling van een therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, als de indicatie en behandelingen overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;

- tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)';
 - overgangsregel: als u op 31 december 2013 al zorg ontvangt volgens deze bepaling omvat de zorg tot 1 januari 2017 behandeling van een therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, als de indicatie en behandelingen 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)";
 - tot 1 januari 2018 behandeling van geïnfecteerde pancreasnecrose met toepassing van Transluminale endoscopische step-up benadering, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
 - tot 1 januari 2018 behandeling van therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn met toepassing van autologe stamceltransplantatie, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd.
- Een opname kan medisch noodzakelijk zijn.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een door ons erkende zorgaanbieder verleent de zorg.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.23. Voetzorg

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op

een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat voetzorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden aan verzekerden met:

- Diabetes Mellitus Type I (DM Type I) of
- Diabetes Mellitus Type II (DM Type II).

De zorg bij Diabetes Mellitus Type II kan verleend worden in de vorm van ketenzorg. Zie meer over ketenzorg in artikel B.1.2.

Bij Diabetes Mellitus vindt jaarlijks voetcontrole en -onderzoek plaats. Daarbij wordt de ernst van de voetproblemen aangegeven in zogenaamde Simm's classificaties. Op basis van de Simm's classificatie wordt bepaald of u recht hebt op behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen (behandeling).

Hieronder geven wij aan wat de indeling van de Simm's inhoudt en welke zorg daarbij verzekerd is:

- Simm's 0: geen verhoogd risico op ontstekingen, er zijn geen afwijkingen, geen verlies van gevoel en geen vaatproblemen. U hebt geen recht op behandeling;
- Simm's 1: matig verhoogd risico op ontstekingen, vaatproblemen of verlies van gevoel, geen tekenen van lokaal verhoogde druk. Alleen als u niet in staat bent tot zelfmanagement, hebt u recht op behandeling.
- Simm's 2: hoog risico op ontstekingen, vaatproblemen in combinatie met verlies van gevoel en/of tekenen van lokaal verhoogde druk. U hebt recht op behandeling.
- Simm's 3: aanwezigheid van ontstekingen, of in het verleden amputatie en/of ontstekingen gehad. U hebt recht op de behandeling.

Daarnaast bestaat de verzekerde voetzorg uit:

- Voorlichting en stimuleren van verandering van leefstijl als onderdeel van de behandeling en
- Advisering over geschikt schoeisel.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- als de zorg niet wordt geleverd door een zorggroep of huisarts, is het eigen risico van toepassing.
- De zorg omvat niet persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- In een aanvullende verzekering kan preventieve voetzorg ook verzekerd zijn. Op uw Ver-

goedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

- De zorg wordt geleverd aan een verzekerde met Diabetes Mellitus (DM Type I of DM Type II).
- Op de nota moet zijn vermeld:
 - de Simm's classificatie;
 - welke voetzorg aan u is verleend;
 - of de voetzorg wel of niet is verleend in het kader van ketenzorg door een zorggroep/multidisciplinair samenwerkingsverband.

Zorgaanbieder

Gecoördineerde zorg geleverd door een zorgaanbieder die gespecialiseerd is in Diabetes en die deel uitmaakt van:

- een zorggroep; of
- een multidisciplinair samenwerkingsverband van zorgaanbieders die gecoördineerd behandelingen leveren bij de genoemde aandoeningen.

De zorg kan, als u geen diabeteszorg van een zorggroep ontvangt, ook geleverd worden door:

- een medisch specialist.
- een huisarts of een zorgaanbieder binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant). De zorgaanbieder binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten.
- een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met diabetes mellitus

of reumatoïde artritis.

- een podotherapeut.

Als u kiest voor ketenzorg geleverd door een zorggroep en niet voor zorg geleverd door individuele zorgaanbieders vindt declaratie van de geleverde zorg plaats door de zorggroep, niet via individuele zorgaanbieders.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is verwijzing van huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist nodig, als de zorg niet door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist zelf wordt verleend.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Plaats

De zorg wordt geleverd:

- op de locatie waar een zorgaanbieder die deelnemer is aan de zorggroep of het multidisciplinair samenwerkingsverband werkzaam is;
- op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost;
- in de praktijk van de podotherapeut;
- in de praktijk van de pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet);
- in de praktijk van de medisch pedicure;
- bij u thuis;
- op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan we in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en verpleeghuis;
- in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist;
- Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden.

HOOFDSTUK C

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

C.1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van de begrippen die in de hoofdstukken C en D (Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen) voorkomen en die we nog niet hebben uitgelegd in hoofdstuk A.

Beweegprogramma

Een beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl. De duur van het beweegprogramma ligt vooraf vast. Binnen het programma is het doel een gedragsverandering te bereiken. Hieronder verstaan wij niet algemene beweegprogramma's met als doel verbetering van conditie.

Bijkomende kosten

Kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg. Met "bijkomende kosten" bedoelen wij bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, verbandmiddelen en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Gezin of gezinsleden

Onder gezin of gezinsleden verstaan wij de personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen. Onder die personen verstaan wij ook:

- kinderen tot 18 jaar;
- kinderen met een wettelijk recht op studiefinanciering;
- studerende kinderen tot en met 27 jaar, ook als zij niet op hetzelfde adres wonen als u (verzekeringnemer) en dus niet met u een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- adoptiekinderen;
- pleegkinderen;
- degenen die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, als gezinslid worden aangewezen.

Wij moeten gezinsleden als verzekerden hebben geaccepteerd en op het polisblad hebben vermeld.

Gezondheids cursus

Een (theoretisch) compleet leerprogramma dat binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In het leerprogramma staat het vergroten van uw kennis

over een gezonde levensstijl centraal. In de cursus of het programma krijgt u via persoonlijk contact vaardigheden aangeleerd en/of informatie aangeboden die leidt/leiden tot een gedragsverandering. Het doel is dat u leert hoe u zelf in staat bent om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

Herstel & Balans

Een landelijk behandelprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Herstel & Balans biedt een reactiveringsprogramma (revalidatie) van 3 maanden. Dit programma is opgebouwd uit verschillende onderdelen.

Inenting

Het geheel van de zorg, bestaande uit:

- levering van de entstof en/of geneesmiddelen;
- het injectiemateriaal;
- toediening door middel van een of meerdere injecties;
- de bijbehorende registratie/administratie;
- (eventueel) bijbehorend diagnostisch (bloed)onderzoek voor de bepaling van de entstof; en
- het in rekening gebrachte consult.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg en die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
- CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
- Platform VG (Platform Verstandelijk Gehandicapten);
- LPGGz (Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg).

Podoloog

Een podoloog is lid van een vereniging van podologen die wij hebben erkend, en heeft een praktijk als podoloog.

Thuiszorgorganisatie

Instelling waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten over het leveren van thuiszorg zoals bedoeld in de AWBZ of van zorg die daarmee vergelijkbaar is.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land

hebt.

Is dat niet het geval, maar verblijft u op die plaats zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er ook vanuit dat u daar woont. Verblijft u op die plaats echter korter dan 365 dagen dan beschouwen we dat als tijdelijk verblijf en niet als wonen.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Z-index

De Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-Standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard bijvoorbeeld om te zien of een geneesmiddel geregistreerd is en wat het tarief is voor dat geneesmiddel.

C.2. Grondslag van uw aanvullende verzekeringen en niet-wettelijke zorgverzekering

C.2.1. Basis

In aanvulling op artikel A.2. kunnen de aanvullende verzekering en/of de niet-wettelijke zorgverzekering gebaseerd zijn op:

- een Vergoedingen Overzicht voor uw verzekeringen;
- de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgaanbieder) hebt ingevuld;
- eventuele ingevulde keuringsrapporten;

C.2.2. Aard van uw aanvullende verzekering en niet-wettelijke zorgverzekering

De niet-wettelijke zorgverzekering is een "restitutieverzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg.

Aanvullende verzekeringen zijn ook restitutieverzekeringen. Een aantal aanvullende verzekeringen is echter een "gemengde verzekering". Dat wil zeggen dat u bij tenminste één vergoeding (artikel) recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) en bij tenminste één vergoeding (artikel) recht hebt op de zorg zelf (natura).

Uw aanvullende verzekering is altijd een restitutieverzekering, behalve als in de Inleiding van uw

Vergoedingen Overzicht van die aanvullende verzekering staat dat het een gemengde verzekering is.

C.2.3. Inhoud van uw niet-wettelijke zorgverzekering

De voorwaarden, inhoud en omvang van dekking van de niet-wettelijke zorgverzekering zijn gelijk aan die van de zorgverzekering.

C.2.4. Afwijkingen die kunnen gelden

Van één of meer artikelen in deze verzekeringsvoorwaarden kan worden afgeweken in:

- het Vergoedingen Overzicht;
- een bijkomende of collectieve overeenkomst;
- de afwijkende voorwaarden die zijn beschreven in artikel C.11.

C.2.5. Verwijzingen in Vergoedingen Overzicht

U hebt alleen recht op vergoeding van zorg genoemd in die artikelen die vermeld staan op uw Vergoedingen Overzicht(en). Als niet het gehele vergoedingsartikel wordt vermeld maar een onderdeel daarvan, dan zijn ook de omschrijving van die zorg, de uitsluitingen (zie "Let op!") en de voorwaarden van toepassing die in dat artikel staan beschreven.

C.3. Aard, inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering

C.3.1. Diverse aanvullende verzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt verschillende soorten aanvullende verzekeringen afsluiten, voor uzelf en voor anderen. Sommige aanvullende verzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben. Wilt u weten welke, dan kunt u dat bij ons navragen.

C.3.2. Per gezinslid

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw (gezins)polis kiezen uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen per verzekerde verschillen.

C.3.3. Kinderen tot 18 jaar

- a. De aanvullende verzekering van een kind moet hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders. Heeft het kind meerdere aanvullende verzekeringen, dan moet minstens één van de ouders diezelfde combinatie van aanvullende verzekeringen hebben.

- b. Als de ouders onderling verschillende combinaties van aanvullende verzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke combinatie het betreffende kind verzekerd moet worden.
- c. In afwijking van het voorgaande kunt u voor uw kind één of meer andere aanvullende verzekeringen afsluiten die anders zijn dan die van zijn ouders. De aanvullende verzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook niet die aanvullende verzekering die hetzelfde is als een van de aanvullende verzekeringen van een of beide ouders, zolang uw kind tenminste één aanvullende verzekering heeft die zijn ouders niet hebben. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

C.4. Begin en duur van uw aanvullende verzekering

C.4.1. Begin en duur

Als de aanvullende verzekering op 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende verzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw verzekering worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende verzekering even lang als die van u.

C.5. Verzwijging

C.5.1. Vragen

Voordat wij u accepteren, kan het zijn dat wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgaanbieder) stellen. U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen 2 maanden na ontdekking de aanvullende verzekering of de niet-wettelijke zorgverzekering meteen beëindigen.

C.5.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u 2 maanden de gele-

genheid om uw aanvullende verzekering of de niet-wettelijke zorgverzekering met directe ingang te beëindigen.

C.6. Beëindigen of wijzigen

C.6.1. Van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve aanvullende verzekering en collectieve niet-wettelijke zorgverzekering om in een individuele verzekering in de volgende gevallen:

- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Vernemen wij dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende jaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via een rechtspersoon die uw belangen behartigt. Wij doen dit per de datum dat u niet meer aangemerkt kunt worden als een persoon wiens belangen door die rechtspersoon worden behartigd.

Op het moment dat deelname aan de collectiviteit eindigt, vervalt de collectiviteitskorting. De collectieve verzekering(en) worden na beëindiging van deelname aan de collectiviteit aansluitend voortgezet op basis van de voorwaarden die voor een individuele verzekering gelden en het meest lijken op de voormalige collectieve voorwaarden. Vanaf dat moment moet u de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

C.6.2. Beëindiging voor alle verzekerden

Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende verzekering en/of een niet-wettelijke zorgverzekering hebt gegeven onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de betreffende verzekering binnen 60 dagen na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding hebben betaald.

C.6.3. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering en niet-wettelijke zorgverzekering van één verzekerde op het moment dat sprake is van (één van) de volgende situaties:

- De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer

uit van uw (verzekeringnemer) gezin;

- Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze verzekeringsvoorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen en wij hebben u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende verzekering te behouden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

C.6.4. Geen beëindiging

U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- de verzekeringsvoorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of niet meer plichten krijgt;
- de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- de verzekeringsvoorwaarden of de premie die niet te maken heeft met de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten;
- de verzekeringsvoorwaarden als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling.

C.7. Hoogte premie en kosten

Naast de kosten die we hebben genoemd in hoofdstuk A moet u (verzekeringnemer) ook deze kosten betalen:

- een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende verzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de ouders geen (of een andere reeks van een) aanvullende verzekering bij ons hebben afgesloten. Wij brengen de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende verzekering, maar geen zorgverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- een toeslag op de premie doordat u tijdens de aanvullende verzekering een bepaalde leeftijd bereikt;
- belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties.

Als een toeslag van toepassing is, is die verwerkt in de premie op uw polisblad.

C.8. Premie en kosten na beëindiging

De situatie kan zich voordoen dat u ons nog premie en kosten moet betalen voor een aanvullende verzekering of een niet-wettelijke zorgverzekering die inmiddels beëindigd is. Als u dan een nieuwe verzekering bij ons afsluit, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe aanvullende verzekering of nieuwe niet-wettelijke zorgverzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt.

C.9. Vergoeding

C.9.1. Volgorde van vergoeding

Nota's worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van nota's hanteren we een bepaalde volgorde:

- eerst de AWBZ;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een algemene aanvullende verzekering;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering; dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soorten zorg.

Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

C.9.2. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw verzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet.

C.9.3. Maximum vergoeding bij wijziging van aanvullende verzekering

Stel u krijgt een behandeling die u op grond van uw aanvullende verzekering vergoed krijgt maar niet volledig. U sluit hierna een andere aanvullende verzekering af die die behandeling ook vergoedt maar niet helemaal. Die nieuwe aanvullende verzekering vergoedt die behandeling namelijk tot een bepaald bedrag of tot een bepaald aantal behandelingen in een periode langer dan één jaar. Dan:

- telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- telt het aantal behandelingen dat u in uw vorige aanvullende verzekering bij ons kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende verzekering.

Dit meetellen voor de maximale vergoeding geldt ook als wij in uw aanvullende verzekering het vergoedingsbedrag of -aantal wijzigen. Eerder toegekende vergoedingen blijven ook dan meetellen.

Let op!

Dit artikel geldt niet de vergoeding van orthodontie uit artikel D.8.5.

C.9.4. Doorlopende vergoedingen

De AWBZ en uw zorgverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- als de kosten betrekking hebben op behandelingen die zijn opgenomen in uw zorgverzekering of de AWBZ; en
- als de zorg volgens de richtlijnen van uw zorgverzekering of de AWBZ niet wordt afgewezen; en
- als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de AWBZ of uw zorgverzekering; en
- als de vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering; en
- als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen; en
- als wij een originele schriftelijke verklaring van de AWBZ of de (zorg)verzekeraar van de zorgverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgehandeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afhandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.10. Algemene uitsluitingen

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tand-

heelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Dan vergoeden wij deze zorg niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende verzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgaanbieder heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals uw zorgverzekering en de AWBZ; of
 - een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag; of
 - een andere overeenkomst ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering).
- Kosten:
 - die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland; en
 - die vallen onder de vergoeding van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een vergoeding voor medische kosten in het buitenland, of die de reisverzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorschoten; en
 - die de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten, bij ons declareert.
- Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.10.3. Eigen bijdrage, eigen risico en lager tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingsoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- de wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet;

- kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de zorgverzekering;
- kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

De volgende kosten vergoeden wij in geen enkel geval:

- kosten die volgens uw zorgverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgaanbieder of zorginstelling waarmee wij geen zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten;
- kosten die volgens uw zorgverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend tegen een hoger tarief dan waarvoor uw zorgverzekering vergoeding geeft.

C.10.4. Schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

- Kosten door uw schuld. Dit zijn kosten die ontstaan zijn:
 - door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
 - door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
 - doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig tegenwerkt of tegenhoudt.
- Kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgaanbieder).
- In deze gevallen zullen wij de vergoeding naar evenredigheid verlagen. Deze verlaging vindt alleen plaats als wij, wanneer wij de waarheid hadden geweten, een hogere premie zouden hebben vastgesteld.
- Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:
 - aangifte doen bij de politie;
 - de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - een registratie doen in de door verzekeraars gebruikte signaleringssystemen;
 - een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

C.11. Afwijkende voorwaarden

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden die hiervoor zijn beschreven of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw niet-wettelijke zorgverzekering.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of een van de volgende afwijkende of aanvullende voorwaarden voor u geldt.

C.11.1. Niet-wettelijke zorgverzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.1.1. Omschrijving

Een niet-wettelijke zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet. Dit is het geval als u geen ingezetene bent van Nederland.

C.11.1.2. Einde niet-wettelijke zorgverzekering

Uw niet-wettelijke zorgverzekering eindigt:

- als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet;
- als u verhuist naar een ander land;
- als u woont in een andere EU-lidstaat dan Nederland, een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten. Daarbij hebt u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 of nr. 883/04 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

C.11.1.3. Eigen risico

Voor u gelden de volgende regels voor het eigen risico:

- Artikelen A.12.1., A.12.3., A.12.7., A.12.8., A.12.9. en A.13. zijn niet van toepassing;
- U kunt kiezen voor verschillende eigen risico bedragen per verzekerde per jaar. De hoogte van het eigen risico bedrag dat op u van toe-

passing is, vindt u op het polisblad;

- Alle leden van uw gezin kiezen hetzelfde eigen risico bedrag;
- Het gezins eigen risico bedraagt maximaal 2x het eigen risico dat u per verzekerde hebt gekozen.
- Eigen risico betekent dat u in een jaar de kosten die u als vergoeding van uw niet-wettelijke zorgverzekering zou hebben ontvangen, eerst zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking vallen van ons vergoed.
- Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

C.11.1.4. Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afwikkeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Dit is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgaanbieders in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is. Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot het hoogste tarief.

C.11.1.5. Rechtsgang

Op uw niet-wettelijke zorgverzekering zijn artikelen A.22.2. tweede bolletje en A.23.2. tweede bolletje niet van toepassing. Voor de rechtsgang kunt u zich wenden tot de burgerlijke rechter.

C.11.2. Verdragspolis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.2.1. Begin, duur en einde

De Verdragspolis kunt u alleen voor uzelf en uw (fictief) medeverzekerde sluiten als u verdragsverzekerde bent. U bent verdragsverzekerde als u Nederlands ingezetene bent, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een Verdragsland. Onder (fictief) medeverzekerde verstaan we de echtgenoot, echtgenote, partner of kind tot 18 jaar van de verdragsverzekerde.

Deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind heeft geen eigen inkomen uit Nederland. Is dit wel het geval moet u dat ons mededelen.

De Verdragspolis en uw aanvullende verzekering eindigen als:

- u of uw (fictief) medeverzekerde volgens de Verordening (EEG) Nr. 883/04 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER;
- u of uw (fictief) medeverzekerde volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 of Nr. 883/04 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van Zwitserland; of
- u of uw (fictief) medeverzekerde geen recht meer hebt op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

C.11.2.2. Geen vergoeding

De Verdragspolis geeft geen recht op vergoeding van kosten voor zorg die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

C.11.3. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.3.1.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u woont in een EU-lidstaat (anders dan Nederland), een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten; en
- u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 of nr. 883/04 recht hebt op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland; en
- u ons een afschrift hebt gegeven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

C.11.3.2.

Uw aanvullende verzekering eindigt als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

C.11.3.3.

Uw aanvullende verzekering eindigt:

- a. als u verhuist naar een ander land dan waar u woonde toen de aanvullende verzekering van kracht werd; of
- b. op het moment dat u niet langer verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet.

C.11.3.4.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u bij ons een Zorgverzekering Natura of Zorgverzekering Natura Select hebt gesloten met het hoogste vrijwillig eigen risico (€ 500,- per verzekerde per jaar); en
- u deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende verzekering hebt kunnen sluiten; en
- u geen andere aanvullende verzekeringen hebt gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.5.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u bent ingeschreven bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht. Dit uitkeringsrecht is genoemd in de collectieve overeenkomst of is op grond van die collectieve overeenkomst daarmee gelijkgesteld.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.6.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden voor u geldt.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarden.

C.11.3.7.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als u voor rekening van de AWBZ verblijft

in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor een ziektekostenverzekering hebben gesloten. Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarde.

C.11.3.8. Meegroeiservice

In een aantal gevallen kunt u uw aanvullende verzekering wijzigen. Bijvoorbeeld bij: zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samenwonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensionering of als uw kinderen het huis uit gaan. Dit kan maximaal één keer per jaar; de wijziging kunt u telefonisch aanvragen. De nieuwe aanvullende verzekering gaat dan in op de eerste dag van de volgende maand nadat u de wijziging hebt aangevraagd. U kunt de nieuwe aanvullende verzekering ook later in laten gaan.

C.11.4. Zorg en (geen) vergoeding van kosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.4.1.

Uw aanvullende verzekering geeft een aanvullende dekking op de zorg en kosten die u vergoed krijgt vanuit de gezondheidszorg of de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland.

Kosten die u niet of niet volledig vergoed krijgt uit uw woonland, maar die wel onder de zorgverzekering in Nederland zouden vallen, krijgt u vergoed uit uw aanvullende verzekering.

De gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, samen met deze aanvullende verzekering, voorzien in een dekking van kosten in uw woonland. De omvang is daarmee gelijk aan de dekking van de zorgverzekering als u diezelfde kosten in Nederland zou hebben gemaakt.

C.11.4.2.

Uw aanvullende verzekering geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen. Onder Europa verstaan we de gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) en de landen die gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

C.11.4.3.

Uw aanvullende verzekering geeft u, een missionaris, tijdens uw verblijf en werkzaamheden in het buitenland geen recht op vergoeding van kosten.

C.11.4.4.

Uw aanvullende verzekering geeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- zorg die zuiver arbeidsgerelateerd of arbeidsrelevant is;
- zuiver cosmetische of esthetische chirurgie;
- verwijdering van overtollig lichaamsvet.

C.11.4.5. Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afhandeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Deze nota's kunnen betrekking hebben op zorg die valt onder de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Deze nota's kunnen ook betrekking hebben op zorg die daarbuiten valt maar in Nederland wel onder de Zorgverzekeringswet valt.

Het marktconforme tarief is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgaanbieders in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is.

C.11.4.6. Niet-spoedeisende zorg in een EU/EER lidstaat

U hebt recht op vergoeding van zorg buiten uw woonland mits die zorg plaatsvindt in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat. Deze vergoeding bedraagt maximaal 200% van het marktconforme tarief waarop u in Nederland of uw woonland recht hebt. Meer dan het gedeclareerde tarief vergoeden wij nooit.

Het moet om zorg gaan die op grond van uw aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden. U hebt alleen recht op zorg of kosten uit artikelen die staan vermeld op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende (tandarts)verzekering(en). De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen (artikelen) van de aanvullende verzekeringen blijven van kracht.

C.11.5. Premie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.5.1.

Op uw aanvullende verzekeringen passen we de premie aan als u een bepaalde leeftijd hebt of bereikt. Bij welke leeftijd(en) dat is, kunt u zien op uw Vergoedingen Overzicht. De premiewijziging gaat in op de 1e dag van de volgende maand nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.

C.11.5.2.

Voor uw kinderen tot 18 jaar en eventuele andere gezinsleden betaalt u geen premie voor hun aanvullende verzekering als:

- u werknemer bent van de collectiviteit waarvoor dit artikel geldt; en
- u en uw gezinsleden zich hebben aangemeld voor dezelfde aanvullende verzekeringen binnen de collectiviteit; en
- uw gezinsleden vallen onder de zogenoemde Overgangsregeling 2006.

D.1. Medisch specialistische zorg

D.1.1. Sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een sterilisatie.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of huisarts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts of arts verstandelijk gehandicapten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De sterilisatie vindt plaats in:

- een instelling voor medisch specialistische zorg;
- de huispraktijk van de medisch specialist of huisarts;
- een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

HOOFDSTUK D

ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het ongedaan maken van een sterilisatie.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of Jeugdgezondheidszorgarts.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.4. Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezichtsscherpthebehandelingen naar de normen van medisch specialisten door middel van ooglaserbepaling. Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode.

Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de behandeling niet vergoed uit de zorgverzekering.
- U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Zorgaanbieder

Een medisch specialist (oogarts) voert de behandeling uit.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De behandeling vindt plaats in:

- een instelling voor medisch specialistische zorg;
- een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij:

- a. een medisch noodzakelijke besnijdenis;
- b. een besnijdenis die niet medisch noodzakelijk is, maar plaatsvindt op sociale religieuze gronden of anderszins.

Hoeveel en wat wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

- Een medisch noodzakelijke besnijdenis wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist;
- Een besnijdenis die niet medisch noodzakelijk is wordt uitgevoerd:
 - door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, of;
 - door een daartoe bevoegde huisarts, of;
 - door een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg, bijvoorbeeld: vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen. U moet dan natuurlijk wel verzekerd zijn voor een besnijdenis om andere redenen. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De besnijdenis vindt plaats in of bij:

- een instelling voor medisch specialistische zorg;
- de locatie van de praktijk van de huisarts die de besnijdenis uitvoert.

D.1.6. Correctie van de bovenoogleden

Correctie van de bovenoogleden kan gaan om:

- Behandeling door een zorgaanbieder met wie wij een zorgovereenkomst voor bovenooglidcorrecties hebben (zie artikel D.1.6.1.).
- Correctie van bovenoogleden algemeen. Behandeling kan uitgevoerd worden door een

zorgaanbieder met wie wij een zorgovereenkomst voor bovenooglidcorrecties hebben maar ook door andere zorgaanbieders (zie artikel D.1.6.2.);

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht om te zien welke regel voor u geldt.

D.1.6.1. Correctie van de bovenoogleden door een zorgaanbieder met een zorgovereenkomst voor bovenooglidcorrecties

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van bovenoogleden, als die verlamd zijn, verslapt of overhangend. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij niet een zorgovereenkomst voor bovenooglidcorrecties hebben afgesloten.

Voorwaarden

Algemeen

Aan alle volgende voorwaarden moet zijn voldaan:

- er is sprake van een of beide bovenoogleden die verlamd, verslapt of overhangend zijn waardoor er sprake is van huidoverschot; en
- het bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt. Hierdoor is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking; en
- de medisch specialist van de instelling voor medisch specialistische zorg beoordeelt of u voldoet aan de medische indicatie zoals hiervoor genoemd; en
- de instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

Een oogarts of plastisch chirurg in een instelling voor medisch specialistische zorg waarmee wij een zorgovereenkomst voor een bovenooglidcorrectie hebben afgesloten voert de behandeling uit.

Plaats

De correctie van de bovenoogleden vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg waarmee wij een zorgovereenkomst voor een bovenooglidcorrectie hebben afgesloten. U kunt op onze internetsite de meest actuele lijst met

zorgaanbieders vinden.

D.1.6.2. Correctie van de bovenoogleden algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van bovenoogleden, als die verlamd zijn, verslapt of overhangend. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.

Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van een of beide bovenoogleden die verlamd, verslapt of overhangend zijn waardoor er sprake is van huidoverschot; en
- Het bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt. Hierdoor is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking; en
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode; en
- Wij hebben een aanvraag van uw behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist ontvangen. Hierop staat een omschrijving en motivatie van de behandeling; en..
- U stuurt ons een recente kleurenfoto waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto hebt u zelf gemaakt of een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgaanbieder

Een oogarts of plastisch chirurg voert de behandeling uit.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De correctie van de bovenoogleden vindt plaats in:

- een instelling voor medisch specialistische zorg;
- een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.7. Cosmetische behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden cosmetische behandelingen die uitsluitend gericht zijn op verfraaiing van het uiterlijk.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden ooglaserbehandeling niet onder dit artikel maar in artikel D.1.4. (gezichtscherptebehandelingen); kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.

Voorwaarden

Algemeen

- De maximum vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- De maximum vergoeding geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening door middel van een nota met vermelding van de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.8. Behandeling tegen snurken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van (voorgeschreven) hulpmiddelen tegen snurken.

Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.9. Vervanging van borstprothese

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden medisch specialistische zorg (plastische chirurgie) waarbij één of beide borstprothese(n) wordt (worden) vervangen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- Gaat het om het verwijderen van (een) borstprothese(n), die is (zijn) ingebracht in een andere situatie dan na borstamputatie? Dan moet sprake zijn van een van de situaties zoals beschreven in artikel B.4.5. Als het gaat om vervanging van een borstprothese die is ingebracht na een borstamputatie, dan wordt dat uit de zorgverzekering vergoed.
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode.

Zorgaanbieder

Een instelling voor medisch specialistische zorg, of een medisch specialist verleent de zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.2. Preventie

D.2.1. Preventieve inenting

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventieve inenting ter voorkoming van:

- a. griep (influenza);
- b. meningococci.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de inenting die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een apotheek, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of leverancier met wie wij een zorg- en/of internetovereenkomst hebben gesloten, levert de entstof van de preventieve inenting.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft de medische noodzaak vastgesteld voor de preventieve middelen of preventieve inenting en geeft deze.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.2. Preventieve onderzoeken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende onderzoeken:

- preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen;
- onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - zelftesten;
 - (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
 - (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning nodig is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
 - beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);
 - keuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeids-overeenkomst (C.A.O.).
- (Preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar in artikel D.2.6. "Sportmedisch advies".
- Laboratoriumonderzoek vergoeden wij niet onder dit artikel maar in artikel B.3. "Huisartsenzorg".

Voorwaarden

Algemeen

Het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is;

Zorgaanbieder

- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgaanbieder of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.b. wordt uitgevoerd zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. Wij vergoeden geen onderzoeken als deze plaatsvinden door een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte

van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventieve maatregelen voor een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Als bij deze zorg een inentingsboekje of vaccinatieboekje als officiële verklaring geldt, vergoeden wij deze ook.

Welke zorg en tot welk bedrag wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Ter voorkoming van infectieziekten en parasitaire aandoeningen vergoeden wij:

- tabletten tegen:
 - malaria;
 - tyfus.
- een inenting of onderzoek tegen:
 - difterie;
 - tetanus;
 - polio;
 - bof, mazelen, rode hond (BMR);
 - hepatitis-A;
 - hepatitis-A/B (combinatievaccin Twinrix);
 - hepatitis-B;
 - bloedonderzoek in verband met Hepatitis-B;
 - gele koorts;
 - tyfus.
- de volgende inenting of test:
 - een inenting tegen tuberculose;
 - Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose;
 - een inenting tegen meningitis;
 - een inenting tegen Japanse encefalitis;
 - een inenting tegen tekenencefalitis;
 - een inenting tegen rabiës (hondsdoelheid).
- (vervallen).
- preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen vanwege een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de inentingen die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.

Voorwaarden

Algemeen

U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inentingen, -geneesmiddelen of testen worden voorgeschreven.

Zorgaanbieder

Een apotheek, een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.), (zoals een GGD) heeft de medische noodzaak vastgesteld voor de preventieve middelen, - inentingen of testen en geeft deze.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.4. Medische screening bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventief onderzoek (medische screening) bij een adoptiekind dat afkomstig is uit het buitenland.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Een preventief onderzoek van uw adoptiekind moet met het daarvoor bestemde DOT-zorgproductcode worden gedeclareerd door een instelling voor medisch specialistische zorg.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- Het preventieve onderzoek (medische screening) hangt samen met het adoptieproces.

Zorgaanbieder

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door een kinderarts.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland.

D.2.5. Consulten voor vrouwen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op:

- a. de overgang;
- b. jonge vrouwen;
- c. de zwangerschap;
- d. een kinderwens;
- e. kankerpreventie.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

- De overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent die is aangesloten bij Care for Women of VVOC (Vereniging Verpleegkundig Overgangs Consulenten);
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- De overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door een verloskundige of een consulent die is aangesloten bij Care for Women.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.6. Sportmedisch advies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. sportmedische behandelingen;
- b. sportkeuringen;
- c. röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- d. sportmedische consulten en sportmedisch onderzoek.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Röntgen- en laboratoriumonderzoek vindt plaats ten behoeve van keuringen.

Zorgaanbieder

- De sportarts:
 - is geregistreerd in het register van sociaal-geneeskundigen volgens de Wet BIG en werkt in een Sportmedisch Adviescentrum (SMA) of sportmedische instelling (SMI), die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI); of
 - is geregistreerd als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.
- De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.7. Voedingsadvies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor voedingsadvies. Dit bestaat uit advisering en begeleiding bij gewichtscntrole.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- In de zorgverzekering kan soortgelijke zorg al verzekerd zijn. In artikel B.11. of B.21. kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

Voorwaarden

Algemeen

- U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en als sprake is van overgewicht (BMI tussen 25 en 30) of bij uitzondering van obesitas (BMI boven 30);
- De zorg richt zich op gewichtscntrole.

Zorgaanbieder

De zorg wordt gegeven door:

- een gediplomeerd gewichtsconsulent die is aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);
- een diëtist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.8. Gezondheids cursussen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezondheids cursussen die gericht zijn op het voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte. Hiermee bent u zelf in staat om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - beweegprogramma's; die vallen onder artikel D.22. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.
 - bedrijfshulpverlenings cursussen, waaronder EHBO-cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang.

Voorwaarden

Algemeen

- Om in aanmerking te komen voor de extra vergoeding voor cursussen voor diabetes-pa-

tiënten moet u diabetes-patiënt zijn. Dit moet zo ook bij uw huisarts bekend zijn. De cursus moet te maken hebben met diabetes mellitus.

- In de gehele periode dat u een gezondheids-cursus volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een gezondheids-cursus.
- Onder een gezondheids-cursus verstaan wij ook:
 - een EHBO-cursus als u die cursus met een examen afsluit en een geldig en geregistreerd certificaat/diploma haalt;
 - een EHBO-herhalingscursus als daardoor uw eenmaal behaalde certificaat/diploma rechtsgeldig blijft;
 - losse EHBO-modules;
 - contributie, als deze ook bedoeld is voor EHBO-herhalingscursussen.
- Na afloop van de EHBO-cursus/EHBO-module moet u een kopie van uw behaalde certificaat/diploma meesturen met de nota.

Zorgaanbieder

De gezondheids-cursus wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een organisatie of vereniging die kwalitatief gelijkwaardig is aan het Oranje Kruis of Rode Kruis, als de gezondheids-cursus betrekking heeft op een EHBO-cursus. Deze zorgaanbieder geeft de cursus aan verzekerden die deze cursus niet volgen voor de uitoefening van een beroep of voor een bedrijfsmatige toepassing. Een lijst van professionele organisaties kunt u vinden op onze internetsite;
- een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids-cursus;
- een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij voor deze zorg een zorg-overeenkomst hebben gesloten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.9. Contributie patiëntenvereniging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van:

- a. één of meer patiëntenverenigingen;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.

Welke zorg, het aantal verenigingen en de hoogte van de contributie of het inschrijfgeld staan op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden geen contributie voor beweegprogramma's die (ook) tot doel hebben uw conditie te verbeteren.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De contributie en/of het inschrijfgeld betreffen:

- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- een kruisvereniging of thuiszorginstelling die regionaal of landelijk kan werken of georganiseerd kan zijn.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.10. Valpreventie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden programma's die erop gericht zijn uw valkans te verkleinen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Andere programma's dan de met name genoemde programma's vergoeden wij niet..

Voorwaarden

Algemeen

- U hebt deelgenomen aan een programma dat door het Centrum Gezond Leven is aange-merkt als "bewezen effectief". Dit zijn de programma's 'In Balans', 'Zicht op Evenwicht' en 'Vallen Verleden Tijd'.
- In de gehele periode dat u het valpreventie-programma volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een valpreventie-programma.
- Na afloop van het programma stuurt u ons een bewijs van deelname samen met een declaratieformulier.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte

van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3. Geneesmiddelen

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. De voorwaarden uit artikel B.15.1. gelden ook voor de geneesmiddelen die uit de artikelen D.3.1. t/m D.3.5. voor vergoeding in aanmerking komen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:
 - geneesmiddelen die niet door ons zijn aangewezen (voorkeursgeneesmiddelen);
 - versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen (behalve enkele geregistreerde supplementen), dieetpreparaten en vitaminepreparaten;
 - verzorgingsproducten zoals zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid.
- De hieronder genoemde kosten vergoeden wij niet, behalve als u volgens uw Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk verzekerd bent voor het betreffende onderdeel van artikel D.3.:
 - alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
 - eigen bijdragen voor geneesmiddelen die onder de zorgverzekering vallen;
 - geneesmiddelen die niet onder de zorgverzekering vallen, omdat ze niet in het GVS zijn opgenomen;
 - geneesmiddelen die niet voldoen aan de voorwaarden van Bijlage 2 (geneesmiddelen) van de Regeling zorgverzekering;
 - geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 - bepaalde geregistreerde voedingssupplementen.

D.3.2. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoe-

ding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:

- a. anticonceptie geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen dan anticonceptie geneesmiddelen.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke geneesmiddelen wij niet vergoeden.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt op grond van de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de geneesmiddelen waarvoor de eigen bijdrage GVS geldt.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts, internetapotheek of apotheek met "internetovereenkomst".

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, tandarts of verloskundige heeft de medische noodzaak van de geneesmiddelen vastgesteld

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoe-

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen (bijvoorbeeld Viagra®, Cialis®, Levitra®, Androskat® en Muse®).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of kijken daarvan af.

Algemeen

- De geneesmiddelen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- De geneesmiddelen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft de geneesmiddelen voorgeschreven.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.3.4. Overige geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geregistreerde geneesmiddelen die volgens de zorgverzekering niet worden vergoed.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke geneesmiddelen wij niet vergoeden.
- Wij vergoeden uit dit artikel geen geneesmiddelen die vallen onder de dekking van één van de andere artikelen van D.3.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of kijken daarvan af.

Algemeen

Het gaat om bepaalde geneesmiddelen of voedingssupplementen die een Europese registratie hebben in een EU- of EER-Lidstaat, te herkennen aan een EU-nummer, en die ook een RVG-nummer hebben.

Geneesmiddelen en voedingssupplementen die bewezen werkzaam, veilig en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer.

Of een middel geregistreerd is, kunt u opzoeken op www.cbg-meb.nl: via "Geneesmiddelen voor mensen" kunt u doorlinken naar "Geneesmiddeleninformatiebank".

Voorbeeld:

- geregistreerde Glucosamine bij gewrichtsklachten;
- geregistreerde Melatonine voor kinderen met ADHD.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, tandarts of verloskundige heeft vastgesteld dat de geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.3.5. Anticonceptiemiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden anticonceptie geneesmiddelen en anticonceptie hulpmiddelen die volgens de zorgverzekering tot een bepaalde leeftijd worden vergoed.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie geneesmiddelen; zie artikel D.4.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel wordt volgens de zorgverzekering tot een bepaalde leeftijd vergoed.
- U krijgt op grond van de zorgverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie geneesmiddelen en hulpmiddelen omdat uw leeftijd niet aan de daar gestelde voorwaarden voldoet.

Zorgaanbieder

- Het anticonceptie geneesmiddel is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.
- Het anticonceptie hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist, verpleegkundig specialist of verloskundige heeft vastgesteld dat het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt het anticonceptie geneesmiddel in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

Het anticonceptie hulpmiddel wordt afgeleverd:

- op de locatie van de zorgaanbieder die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- op uw woonadres;
- op een andere locatie die u en de zorgaanbieder overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.4. Hulpmiddelenzorg

In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

D.4.1. Eigen bijdragen Hulpmiddelenzorg

Zorg: waar hebt u recht op?

Vanuit de zorgverzekering hebt u recht op de levering van functionerende medische hulpmiddelen. Deze zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering.

Op grond van de wet geldt voor een aantal medische hulpmiddelen een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage en/of een wettelijk vastgestelde maximum vergoeding.

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijk vastgestelde eigen bijdragen en/of de wettelijk vastgestelde maximumbedragen die op deze medische hulpmiddelen van toepassing zijn.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.
- Extra kosten (zoals luxe uitvoering) van een hulpmiddel worden niet vergoed.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.17. voor de voorwaarden van Hulpmiddelenzorg en de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelen. De volgende voorwaarden of uw Vergoedingen Overzicht vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgaanbieder

Het hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgaanbieder. Deze kan per hulpmiddel anders zijn.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Als u een voorschrift nodig hebt, vermelden wij dat bij het betreffende hulpmiddel.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij geven per hulpmiddel aan of wij u vooraf een akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden stellen. Hebben wij voor een hulpmiddel op grond van uw zorgverzekering een akkoordverklaring afgegeven, dan is deze ook van kracht voor een aanvullende verzekering.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd:

- op de locatie van de zorgaanbieder die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- op uw woonadres;
- op een andere locatie die u en de zorgaanbieder overeenkomen en die in de Nederlandse

marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.4.2. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor:

- a. orthopedische schoenen of aanpassingen daarop, en/of
- b. aanpassingen van confectieschoenen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

D.4.3. Vervallen

D.4.4. Pruijk of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van):

- a. de eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor een pruik; of
- b. een andere vorm van hoofdbedekking.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen

deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.1. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus gelden de voorwaarden van de functionerende medische hulpmiddelen in ons Reglement Hulpmiddelen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

D.4.5. Hoortoestellen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel(len).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Toelichting

Als u uit de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding krijgt voor een ruismaskeerder, dan kunt u de aanvullende vergoeding ook gebruiken voor de ruismaskeerder.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

D.4.6. Plaswepker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een plaswepker met noodzakelijke toebehoren bij:

- a. koop of
- b. huur.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De vergoeding is eenmalig tijdens de gehele duur dat u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van huur als wij

de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.

- De bijbehorende broekjes worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur; wij gaan uit van maximaal 3 broekjes.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgaanbieder

U koopt of huurt de plaswekker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, huisartsvoorziening, G.G.D.-arts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

D.4.7. Gezichtshulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschafft.

Tip:

Kreeg u een vergoeding voor een gezichtshulpmiddel uit uw zorgverzekering, maar geldt er nog een eigen bijdrage, dan kan deze eigen bijdrage worden vergoed volgens dit artikel.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Hierop staat vermeld tot welk maximumbedrag wij binnen een bepaalde periode vergoeden.

Voorbeeld:

Stel: u hebt een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren (dit zijn kalenderjaren).

U bestelt een bril met brillenglazen van € 230,-. Deze gaat u op 7 juni 2014 ophalen. U dient de nota bij ons in. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 januari 2014 tot 1 januari 2016. Van de nota betalen wij € 100,-. Op 15 november 2015 haalt u nieuwe glazen. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2014 tot 1 januari 2016) van ons al de maximale vergoeding hebt gekregen, vergoeden wij deze nota

niet.

Dit voorbeeld geldt ook wanneer een periode geen kalenderjaren maar een aantal maanden omvat. Verschil is echter dat bijvoorbeeld bij een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in 24 kalendermaanden, de volgende situatie ontstaat:

Bij bijvoorbeeld aankoop van een bril op 7 juni 2014, loopt de periode waarin de vergoeding plaatsvindt, van 1 juni 2014 tot 1 juni 2016. U hebt dan vanaf 1 juni 2016 weer opnieuw recht op de vergoeding van € 200,-.

Bij sommige aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel D.1.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering kunt u zien of dat zo is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschafft;
 - niet-optische middelen (zoals brillenkoker of lenzenvloeistof);
 - serviceovereenkomsten en verzekeringen;
 - optische middelen niet op sterkte;
 - het slijpen en/of overzetten van brillenglazen;
 - bijkomende kosten.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- Als het om nachtlenzen gaat, hebben zij een bepaalde refractiewaarde;
- De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt;
- De nota moet voldoende gespecificeerd (omschreven) zijn.

D.4.8. Steunzolen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het aanmeten, de aanschaf en

reparatie van steunzolen.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetzorg (zie artikel D.4.9.) samen.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het betreft individueel gemaakte steunzolen.

Zorgaanbieder

De orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker die de steunzolen maakt, hebben wij erkend of heeft met ons een zorg- en/of internetovereenkomst gesloten.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

D.4.9. Hulpmiddelen voetzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetzorg.

Voorbeeld:

zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetzorg én steunzolen (zie artikel D.4.8.) samen.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U bent bij ons verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen voor voetzorg zijn voorgeschreven en geleverd.

Zorgaanbieder

De hulpmiddelen voor voetzorg worden door een

podotherapeut, podoloog of pedicure geleverd.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een podotherapeut, podoloog of pedicure heeft vastgesteld dat de hulpmiddelen medisch noodzakelijk zijn omdat ze onderdeel zijn van voetzorg.

D.4.10. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij stellen een thuisbewakingsmonitor in bruikleen ter beschikking voor:

- een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er moet sprake zijn van een eerder geval van overlijden van een baby in de wieg (wiegendoodervaring) in het gezin.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een kinderarts heeft vastgesteld dat een thuisbewakingsmonitor en een eventuele verlenging van de bruikleenperiode medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

D.4.11. ADL-Hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld:

Aangepast bestek, een kousenuittrekker voor gewone kousen, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand. Bij the-

rapeutische elastische kousen maakt de aan- en uittrekhelp (kousenuittrekker) onderdeel uit van de basisverzekering.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Zorgaanbieder

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier, medische specialzaak of een andere leverancier als deze is geadviseerd door de ergotherapeut.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een ergotherapeut heeft vastgesteld welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

D.4.12. Thuisverzorgingsartikelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden thuisverzorgingsartikelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld:

Latex handschoenen, ketonenstrips (als er geen aanspraak bestaat uit de basisverzekering) of een Habermanspeen.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts heeft vastgesteld dat de thuisverzorgingsartikelen medisch noodzakelijk zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Alleen voor ketonenstrips moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaar-

den stellen.

D.4.13. Vervallen

D.4.14. Steunpessarium

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Het steunpessarium is nodig in geval van een verzakking.

Zorgaanbieder

Het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts heeft vastgesteld dat het steunpessarium medisch noodzakelijk is.

D.4.15. Teststrips diabetespatiënten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline.

Zorgaanbieder

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaalzaak levert de teststrips.

D.4.16. Persoonsalarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een persoonsalarmeringssysteem op sociale indicatie. Dit bestaat uit een alarmeringssysteem gekoppeld aan een telefoon, een vaste telefoon met geïntegreerde alarmfunctie of Domotica persoonsalarmering apparatuur. Welke zorg (huur, bruikleen of koop) en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten voor het aansluiten en voor het abonnement op bijvoorbeeld een alarmcentrale voor het gebruik van het alarm worden niet vergoed.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgaanbieder

De bruikleen, aanschaf of huur vindt plaats via een medisch speciaalzaak, thuiszorgwinkel of organisatie persoonsalarmering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

D.4.17. Condooms

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden condooms. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vult

deze aan of wijkt daarvan af.

Zorgaanbieder

Een zorgaanbieder met wie wij een zorg- en/of internetovereenkomst hebben gesloten, levert de condooms. Condooms geleverd door een andere zorgaanbieder vergoeden wij niet.

D.4.18. Braces en bandages

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet vergoed worden vanuit de zorgverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Vorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts of fysiotherapeut heeft vastgesteld dat de brace of bandage medisch noodzakelijk is.

D.4.19. Allergeenvrije schoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor allergeenvrije schoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

D.4.20. Epilepsie alarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een bedmatje dat ernstige epilepsie (tonische/clonische) aanvallen detecteert en

alarmeert.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een neuroloog van een gespecialiseerd epilepsiecentrum heeft vastgesteld, dat sprake is van een zo ernstige mate van epilepsie, dat het bedmatje als alarmeringsmiddel is aangewezen.

D.4.21. Redressiehelm

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een redressiehelm, als deze niet vergoed wordt vanuit de zorgverzekering.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is bij uw kind sprake van plagiocefalie of brachycefalie zonder craniosynostose.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een medisch specialist heeft vastgesteld dat voor de behandeling van uw kind een redressiehelm noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

D.5. Stottertherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. stottertherapie volgens de methode:
 - o Del Ferro; of

- o B.O.M.A.; of
- o I.N.S.

b. pensionkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- Behandeling van stotteren valt ook onder zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. Logopedie is verzekerd in de zorgverzekering. In artikel B.10. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

- De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

Voorwaarden

Algemeen

Pensionkosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking:

- als u uitdrukkelijk volgens het vergoedingen overzicht daarvoor verzekerd bent, en
- als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt, en
- als deze nodig zijn voor en direct te maken hebben met uw verblijf in een pension, en
- als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat stottertherapie medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd voor de therapiekosten en eventueel de pensionkosten en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

D.6.1. Herstel & Balans

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het behandelprogramma van Herstel & Balans of modulaire onderdelen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u maakt in verband met het programma Herstel & Balans.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgaanbieder of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg), instelling voor revalidatie, fysiotherapeut of psycholoog gecertificeerd voor het geven van het behandelprogramma.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een oncoloog of revalidatiearts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.2. Vervallen

D.6.3. Inloophuizen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering.

Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

De geestelijk maatschappelijke zorg die het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten levert, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Zorgaanbieder

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden huur- of aanschafkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie bij u thuis in verband met winterdepressie, of u krijgt deze apparatuur in bruikleen.

Waarvan wij u voorzien of hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

De apparatuur is uitgerust voor therapie met vol spectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een psychiater of psychotherapeut heeft vastgesteld dat lichttherapie medisch noodzakelijk is in verband met winterdepressie.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt bij u thuis verleend.

D.6.5. Traumaverwerking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat de eerste opvang en verwerking

direct na een schokkende gebeurtenis als u getroffen of direct betrokkene bent van een overval, een gijzeling, agressie of ongeval waarbij zich letselschade voordoet, plotseling overlijden (bijvoorbeeld bij zelfdoding) of ongewenste omgangsvormen.

Wij vergoeden de kosten voor traumaverwerking:

- bij een schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenis;
- bij een schokkende gebeurtenis die niet samenhangt met uw werk.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- De schokkende gebeurtenis moet acuut zijn en u moet daarvan tijdelijk zo uit balans raken dat normaal dagelijks functioneren niet mogelijk is;
- Bij een schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenis moet deze raakvlak hebben met de uitvoering van uw werkzaamheden. Er is sprake van een bedrijfsongeval met letselschade, een overval of plotseling overlijden als gevolg van zelfdoding;
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn;
- De schokkende gebeurtenis moet in Nederland hebben plaatsgevonden.

Zorgaanbieder

De zorgaanbieder is IvP Traumazorginstelling.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.7. Alternatieve zorg en Psychosociale zorg

D.7.1. Alternatieve en psychosociale behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen;
- psychosociale behandelingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen

Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - o zorg (behandelingen en consulten) die valt onder uw zorgverzekering, AWBZ of onder een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed. Pas als is vastgesteld dat zorg niet onder uw zorgverzekering, AWBZ of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg voor vergoeding in aanmerking komt;
 - o experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
 - o laboratoriumonderzoeken zoals in een ziekenhuis;
 - o ontspanningsoefeningen zoals yoga, Qi-gong en Thai Chi en behandelingen gericht op ontspanning zoals massagetherapie.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgaanbieder is aangesloten.

Zorgaanbieder

- De alternatieve behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut alternatieve geneeswijzen of een arts alternatieve geneeswijzen:
 - o die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen, of;
 - o die is opgenomen in een door ons erkend register voor alternatieve geneeswijzen.
- De psychosociale behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut psychosociale zorg of een arts psychosociale zorg:
 - o die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor psychosociale zorg; of
 - o die is opgenomen in een door ons erkend register voor psychosociale zorg.

Een lijst met door ons erkende, beroepsverenigingen is te vinden op onze internetsite.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte

van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.7.2. Alternatieve geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief geneesmiddel.

Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;
- De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn. De behandeling van de voorschrijver is verzekerd volgens uw zorgverzekering of aanvullende verzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres (via een internetapotheek).

D.8. Mondzorg

In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

D.8.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.5. vergoeden wij mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
 - Kosten van een mondzorg-abonnement die worden gedeclareerd door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "Z", omdat deze kosten geen betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden en geleverde mondzorg;
 - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen we de volgende prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (verdooving);
 - B10, B11 en B12: verdooving door middel van een roesje (lachgassedatie);
 - C84: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
 - U05 en U10: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen.
 - E97 en E98: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
 - Myofunctionele (pre-)orthodontic trainers.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgaanbieder die verbonden is aan een centrum voor mondzorg.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays die door een tandarts vervaardigd zijn. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatelijst tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.3. Gebitsprothesen en implantologie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden:

- a. uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen;
- b. de wettelijke bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen;
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatelijst tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

Zorgaanbieder

Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgaanbieder verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voorzover die niet als zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.5.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatielijst tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3 en D.8.5. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgaanbieder

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgaanbieder (dit kan een kaakchirurg zijn) die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Daarbij geldt één van onderstaande punten:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die

aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

- Maximum bedrag en groeivergoeding

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt.

Voorbeeld:

U hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering gesloten die de groeivergoeding voor orthodontie kent.

Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2010 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie voor uw dochter € 1.000,-.

Op 1 januari 2011 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2011 in totaal € 1.500,- vergoed.

Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2011 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over.

Op 1 januari 2012 groeit deze overblijvende vergoeding voor de 2e keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2012 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over.

Op 1 januari 2013 groeit de vergoeding van orthodontie voor de 3e en laatste keer met € 500,-. Uit 2012 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2013 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende verzekering hebt afgesloten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door

de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatelijst voor orthodontische zorg, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld
"F121A" voor "1e consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Zorgaanbieder

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.9. Kuurbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- bij een kuurreis via een organisatie:
 - uw vervoer naar een kuuroord;
 - behandeling in een kuuroord;
 - verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingkosten, ontbijt, lunch en diner.
- bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:
 - behandeling in een kuuroord;
 - verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingkosten, ontbijt, lunch en diner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement / programma. Niet worden vergoed aanvullende kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die tenminste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van:

- reumatoïde artritis; of
- artritis psoriatica; of
- de ziekte van Bechterew.

Zorgaanbieder

Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Een door ons erkend kuuroord dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen; andere kuuroorden vergoeden wij niet.

D.10. Huidtherapieën

D.10.1. UV-B lichtapparatuur

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximumvergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan ernstig eczeem.

Zorgaanbieder

Een dermatoloog verleent de zorg.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een dermatoloog heeft vastgesteld dat de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10.2. Ontharing

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen, of de aanschaf daarvan vergoeden wij niet.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

- een dermatoloog;
- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist met specialisatie "elektrisch ontharen" en/of "ontharingstechnieken" geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat ontharingsbehandeling noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10.3. Acnebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de behandeling van een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of in de hals.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of de hals.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist met de specialisatie "acne" geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat acnebehandeling medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. camouflagellessen;
- b. de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

De camouflagellessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist met de specialisatie "camouflage" geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat camouflagellessen

noodzakelijk zijn.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.11. Obesitas behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan het deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- Er moet sprake zijn van zogenaamde morbide obesitas. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) 40 of meer bedraagt.
- U moet het volledige programma doorlopen hebben.
- De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Plaats

De behandeling vindt plaats in een behandelcentrum dat wij hebben erkend of waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.12. Ziekenvervoer

In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

D.12.1. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

ding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij geven met betrekking tot zittend ziekenvervoer:

- a. vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering per jaar moet betalen bij gebruik van auto, openbaar vervoer of taxi;
- b. tot een bepaald bedrag per kilometer een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de zorgverzekering bij gebruik van auto of taxi;
- c. een vervangende vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- d. een vergoeding bij gebruik van auto of openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

Op het Vergoedingen Overzicht staat of de eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
 - de kosten van ziekenvervoer in verband met AWBZ-zorg;
 - kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.

Voorwaarden

Algemeen

- De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- Het zittend ziekenvervoer houdt verband met een medisch onderzoek of medische behandeling die (gedeeltelijk) op grond van de zorgverzekering of de aanvullende verzekering wordt vergoed;
- De kosten van zittend ziekenvervoer vallen onder de dekking van de aanvullende verzekering als en voorzover deze niet onder de zorg-

verzekering worden vergoed.

- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Aanvullende voorwaarde voor D.12.1.c.

De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgaanbieder

Voor ziekenvervoer genoemd in artikel:

- D.12.1.a.: een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, openbaar vervoer, uw eigen auto of huurauto;
- D.12.1.b.: een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, uw eigen auto of huurauto;
- D.12.1.c.: een erkende vergunninghoudende taxivervoerder;
- D.12.1.d.: openbaar vervoer, huurauto of eigen auto.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer medisch noodzakelijk is als het gaat om het zittend ziekenvervoer genoemd in artikel D.12.1.a. of b.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

D.12.2. Reiskosten ouders

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van u als ouders naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) waar uw kind is opgenomen. Wij vergoeden die reiskosten vanaf de 1e dag van de opname.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

Voorwaarden

Algemeen

- Uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar en is bij ons verzekerd;
- Uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg buiten uw woonplaats;
- Uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland. Is het woonland Nederland, dan mag de opname ook in België of Duitsland zijn;
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

D.12.3. Bezoekkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van één bezoeker naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) als u daarin bent opgenomen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten:
 - voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland;
 - voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

Voorwaarden

Algemeen

- Degene die opgenomen is, bent uzelf of is uw kind;
- Wij vergoeden de reiskosten éénmaal in een bepaalde periode en geldt vanaf de 1e dag van opname; hoelang die periode duurt, staat in uw Vergoedingen Overzicht;

- Wij vergoeden per bezoek maximaal het aantal kilometers voor de heen- en de terugreis voor één bezoeker;
- De bezoeker hoeft niet bij ons verzekerd te zijn; de bezoekkosten vergoeden wij namelijk in eerste instantie uit de aanvullende verzekering van degene die opgenomen is. Is deze niet bij ons verzekerd voor bezoekkosten, maar de bezoeker wel, dan vergoeden wij bezoekkosten uit de aanvullende verzekering van de bezoeker.
- Wij gaan uit van de afstand tussen het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen en het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Deze is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht staat. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding;
- U voldoet aan de genoemde minimum aaneengesloten periode van opname. Deze periode bedraagt maximaal 365 dagen.
- U bent voor medisch specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor revalidatie of (psychiatrisch) ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in:
 - uw woonland; of
 - België of Duitsland, als u in Nederland woont.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten (zie artikel D.13.2.) als bezoekkosten vergoedt, moet u kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom. We beschouwen de eerste rekening voor bezoekkosten of logeerkosten die u indient als uw keuze.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van bezoekkosten tijdens een opname in België of Duitsland, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de opname in het betreffende land.

D.13. Verblijf

D.13.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

ding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van deelname aan en verblijf in een therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar dat is georganiseerd door een van de door ons erkende instellingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een van de volgende verenigingen of instellingen organiseert het kamp:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
- Stichting De Luchtballon;
- Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem;
- Stichting De Ster;
- Nederlandse Hartstichting;
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- eventuele andere door ons erkende verenigingen of instellingen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. de overnachting van u of van uw kind in een kamer in een logeerhuis;
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis.

Voorbeeld:

Met logeerhuis bedoelen we onder andere een Ronald McDonald huis of een overblijfhuis bij een algemeen ziekenhuis of categoriaal ziekenhuis, zoals de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Toelichting:

Het kan zijn dat u in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld moet worden zonder dat

opname en verpleging nodig zijn. U mag dan ook gebruik maken van het logeerhuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeerhuis wordt gebruikt.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. Na ons goedkeuren mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten die vergoed worden vanuit de AWBZ in verband met samenwerking met thuiszorg of die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB);
 - de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).
- De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor verzekering dat is.

Voorwaarden

Algemeen

- Het verblijf van u en/of maximaal 2 logés 's nachts in een logeerhuis (één kamer in totaal) wordt vergoed als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Het kan dus gaan om een poliklinische behandeling van u of uw kind, of een klinische behandeling van uw partner of kind.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten als bezoekkosten (zie artikel D.12.3.) vergoedt, moet u kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom.

Zorgaanbieder

Een logeerhuis of een Mappa Mondo huis verleent de zorg. Het logeerhuis is een niet-

commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in Nederland of uw woonland; of
- een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de zorgverzekering.
 - verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
 - verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgaanbieder

Het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) brengt de kosten in rekening met de DOT-zorgproductcode of de klassentoeslag.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de opname medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de kosten die uit de zorgverzekering worden vergoed, als dit nodig is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij geven of vergoeden:

- a. Liggelduitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- b. Luxe-arrangement/comfortpakket.
Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Voorbeeld

Het luxe-arrangement of comfortpakket kan van alles bevatten wat uw verblijf in het ziekenhuis aangenamer maakt. Bijvoorbeeld de huur van televisie, telefoon, internet of radio etc. Daarnaast kan er ook een luxere kamer, uitgebreider menu, krant of tijdschrift, doorlopende bezoeksregeling of thee en/of koffie voor het bezoek aangeboden worden.

- c. Compensatie-uitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket van zoals beschreven in artikel D.13.4.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.
- d. Reiskosten partner.
Wij vergoeden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen vervoer op ba-

sis van gereden kilometers via de snelste route. Deze wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen). We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding. De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van reiskosten gemaakt door zijn/haar partner naar en van het ziekenhuis in Nederland of het woonland waar de verzekerde verblijft.

Wat en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Tip

Voor de liggelduitkering, compensatie-uitkering of vergoeding van reiskosten met eigen vervoer moet u zelf een verzoek bij ons indienen. Voor het luxe-arrangement en de reiskosten met openbaar vervoer moet u een nota insturen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden onder dit artikel niet de kosten voor medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten.
- Wij vergoeden ook niet de normale, niet-luxe kosten voor opname/verblijf in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Voorwaarden

Algemeen

- Als u geen nota's voor een genoten luxe-arrangement (artikel D.13.4.b.) bij ons indient voordat wij de declaratie(s) van uw opname en verblijf in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) hebben ontvangen, gaan wij er vanuit dat u kiest voor uitbetaling van de compensatie-uitkering (artikel D.13.4.c.).
- Als het verblijf 2 aaneengesloten jaren bestrijkt, wordt slechts eenmaal de maximale liggelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.
- Opname en verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor maximaal 365 aaneengesloten dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ).

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de opname medisch noodzakelijk is.

D.13.5. Vervallen

D.13.6. Herstellingsoord

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verblijf in een herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van het verblijf in een herstellingsoord:
 - als u op grond van de AWBZ aanspraak hebt op dezelfde of vergelijkbare zorg;
 - als het verblijf aaneengesloten over 2 jaren verspreid is en uw aanvullende verzekering al het maximale bedrag heeft vergoed over het 1e jaar.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een door ons geselecteerd herstellingsoord.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.7. Eigen bijdrage hospice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de eigen bijdragen huishoudelijke hulp en verpleging die op grond van de AWBZ door het CAK bij u in rekening worden gebracht.

Voorwaarden

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De persoonlijke verzorging en verpleging vindt plaats in een hospice. Een hospice waar alleen laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt verleend, wordt ook wel "bijna-thuis-huis" genoemd.

D.13.8. Ondersteuning thuish situatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- b. zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf, bijvoorbeeld een nanny-service, een hondenuitlaatservice of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden;
- c. kinderopvang bij ziekenhuisopname.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor artikel D.13.8.a. en b. moet er sprake zijn van onoplosbare problemen bij u thuis waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.
- Voor artikel D.13.8.c. geldt:
 - De kinderopvang betreft uw kind(eren) in uw gezin tot ten hoogste de leeftijd van 14 jaar;
 - De verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - De verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding van kinderopvang;
 - De vergoeding begint op de dag na de opname van de verzorgende ouder;
 - De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgaanbieder

Voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.) wordt de zorg geleverd door een professionele organisatie.

De kinderopvang (c.) vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Alleen voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.) moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.9. Vervallen

D.14. Buitenlandzorg

D.14.1. Spoedeisende zorg in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

- zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlands tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. (Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20.) De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;
- een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- repatriëring (terugkeer) van de zieke verzekerde. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke

verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotse ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- o de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
 - o behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
 - o behandeling in het buitenland ter plaatse duidelijk veel duurder is dan behandeling in het woonland/Nederland.
- begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
 - medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
 - vervoer van het stoffelijk overschot:
 - terug naar Nederland van de verzekerde die buiten Nederland is overleden en tot zijn overlijden daar heeft gewoond, of;
 - terug naar het woonland van de verzekerde die buiten zijn woonland is overleden.

De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden terug naar Nederland of naar het woonland. Onder deze kosten vallen de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten;

- toezending van noodzakelijke geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
- kosten van telecommunicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
- medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de basisverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden geneesmiddelen en/of hulpmiddelen.
- Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Het terugbrengen van een overledene valt niet onder de zorgverzekering en ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.
- Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- De zorg is spoedeisend. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.
- Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgaanbieder

Een zorgaanbieder die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgaanbieder voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.14.2. Vervallen

D.15. Voetzorg

D.15.1. Algemene voetzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden voetzorg (podologie en podotherapie).
Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - behandelingen van patiënten bij diabetes mellitus, reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

Een podotherapeut of podoloog voert de voetzorg uit.

Verwijzing

Een arts heeft voor aanvang van de behandeling vastgesteld dat de voetzorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.15.2. Voetzorg bij bepaalde aandoeningen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Bij bepaalde aandoeningen vergoeden wij voetzorg (podotherapie) door een podotherapeut.

Dat wil zeggen ingeval van voetproblemen bij:

- reumatoïde artritis, of;
- ernstige bloedvatproblemen in de benen, of;
- bij diabetes mellitus.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - voetzorg die is verzekerd onder de zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

- U lijdt aan reumatoïde artritis, ernstige bloedvatproblemen in de benen of diabetes mellitus.
- Bij voetzorg ingeval van diabetes mellitus moeten op de nota zijn vermeld:
 - de Simm's classificatie;
 - welke voetzorg aan u is verleend.

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitgevoerd door een podotherapeut.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor reumatoïde artritis en/of ernstige bloedvatproblemen in de benen moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

Een arts heeft voor aanvang van de behandeling vastgesteld dat de voetzorg of het consult medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.15.3. Pedicurebehandeling bij bepaalde aandoeningen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden pedicurebehandelingen bij bepaalde aandoeningen. Dat wil zeggen ingeval bij voetproblemen bij:

- reumatoïde artritis; of
- diabetes mellitus.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - voetzorg die is verzekerd onder de zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

- U lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus.
- Bij voetzorg ingeval van diabetes mellitus moet op de nota zijn vermeld:
 - de Simm's classificatie;
 - welke voetzorg aan u is verleend.

Zorgaanbieder

- Voetzorg bij reumatoïde artritis wordt uitgevoerd door:
 - een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet); of
 - een medisch pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure; of
 - een pedicure die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist.
- Voetzorg bij diabetes mellitus wordt uitgevoerd door:
 - een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure

met de specialisatie DV (diabetische voet); of

- o een medisch pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure; of
- o een pedicure die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor reumatoïde artritis moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

Een arts heeft voor aanvang van de behandeling vastgesteld dat de pedicurebehandeling of het consult medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.16. Fysiotherapie en/of oefen-therapie Cesar/Mensendieck

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefen-therapie, zie artikel B.8.1, B.8.2. en B.8.3..

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - o een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;
 - o oedeemfysiotherapie/littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;
 - o littekenbehandeling na een naar ons oordeel normaal wondherstel.

Voorwaarden

Zie de voorwaarden in artikel B.8. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgaanbieder

Zie artikel B.8. Daarnaast mag de zorg ook gegeven worden door:

- een psychosomatisch fysiotherapeut. Dat is een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie;
- een psychosomatisch oefen-therapeut. Dat is een oefen-therapeut die als psychosomatisch oefen-therapeut de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici heeft.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.17. Ergotherapie

D.17.1. Ergotherapie tot 18 jaar

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Bovenop de vergoeding uit de zorgverzekering hebt u recht op ergotherapie, zie artikel B.9.1.

Hebt u recht uit de zorgverzekering dan gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel B.9.2. Ook geldt dat de verzekerde jonger is dan 18 jaar.

D.17.2. Instructie mantelzorgers

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden instructie aan en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel B.9. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De verzekerde die mantelzorg ontvangt, heeft op dat moment uit de zorgverzekering of uit de aanvullende verzekering recht op een vergoeding voor ergotherapie.
- De mantelzorger zelf hoeft niet bij ons of niet voor deze dekking verzekerd te zijn.

D.18. Dieetadvisering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op dieetadvisering. Dit omvat voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten. Dieetadvisering is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. Zie artikel B.11.2.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B.11.2. kunt u lezen of u daar recht op hebt. Als dat zo is, gaat de zorg / vergoeding uit de basisverzekering vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De zorg omvat niet (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven):
 - voedingsmiddelen;
 - dieetpreparaten (zie hiervoor artikel B.16.).

Voorwaarden

Zie voor de voorwaarden artikel B.11.2.

D.19. Zorg voor de bevalling

D.19.1. Prenatale screening

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar heb u recht op?

Wij vergoeden een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening (= combinatietest). Deze bestaat uit de NT-meting (ook wel nekplooiemeting genoemd) en de serumtest (bloedonderzoek).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

Voorwaarden

Algemeen

U bent een zwangere verzekerde jonger dan 36 jaar. De combinatietest is medisch niet noodzakelijk, maar vindt plaats op uw verzoek;

Zorgaanbieder

De combinatietest wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist die een vergunning heeft op basis van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft op basis van deze wet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, in de praktijk van de medisch specialist of verloskundige, in een echocentrum/prenataal screeningcentrum of in een huisartsenlaboratorium.

D.19.2. Gezondheids cursussen rondom de bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezondheids cursussen die te maken hebben met zwangerschap, de bevalling, de begeleiding van moeder en kind(eren) na de geboorte en/of herstel van de vrouwelijke verzekerde na de bevalling.

Deze cursussen volgt u tijdens de zwangerschap tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van beweegprogramma's. Die vallen onder artikel D.22.

Voorwaarden

Algemeen

- U overhandigt ons na afloop van de gezondheidscursus een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een gezondheidscursus volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding daarvan.

Zorgaanbieder

De gezondheidscursus wordt gegeven door:

- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
- een thuiszorgorganisatie;
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg;
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
- een kraamcentrum;
- een verloskundige;
- een lactatiekundige;
- een zorggroep of andere instantie waarmee wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidscursus.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.20. Zorg tijdens de bevalling

D.20.1. Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie in:

- a. een instelling voor medisch specialistische zorg of
- b. een geboortecentrum waarmee wij een overeenkomst hebben.

Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel B.6. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (de biologische moeder) krijgt de zorg gedeelte-

lijk vergoed uit de zorgverzekering.

Zorgaanbieder

Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of de bevalling in het geboortecentrum waarmee wij een overeenkomst hebben.

D.20.2. TENS bij bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij verstrekken in bruikleen een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel (zoals energieverbruik en accu's/batterijen) en van elektrodes.

Voorwaarden

Zie artikel B.17.4 en B.17.5. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd.

Zorgaanbieder

Het apparaat wordt geleverd door een leverancier die wij hebben erkend of met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De verloskundige, huisarts, behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat TENS noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

D.21. Zorg na de bevalling

D.21.1. Lactatiekundige zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden lactatiekundige zorg. Dit omvat

advisering, voorlichting en praktische ondersteuning tijdens de periode waarin borstvoeding wordt gegeven. Deze zorg kan ook via telefonische en elektronische consulten worden verleend. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van reiskosten en hulpmiddelen.

Voorwaarden

Algemeen

U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd.

Zorgaanbieder

De lactatiekundige:

- is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen, en;
- maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.2. Eigen bijdrage kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Zie artikel B.7.a. voor kraamzorg. Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximumbedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor niet:
 - kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen en/of uren kraamzorg dan waarop u volgens de zorgverzekering recht hebt;
 - kraamzorg voor de dagen, waarvoor u een kraamzorguitkering uit uw aanvullende verzekering ontvangt.

Voorwaarden

Zie artikel B.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt de kraamzorg gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

D.21.3. Kraamzorguitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op een kraamzorguitkering in plaats van vergoeding voor (eigen bijdrage voor) kraamzorg. Zie artikel B.7.a. voor kraamzorg.

Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- beschouwen wij de dag dat u (niet-poliklinisch) in een instelling voor medisch specialistische zorg bevalt als verpleegdag. U hebt voor die dag geen recht op een kraamzorguitkering. Bevalt u poliklinisch en wordt daarvoor slechts 1 verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. U hebt voor die dag wel recht op een kraamzorguitkering;
- telt het aantal geboren kinderen niet mee;
- beschouwen wij de laatste dag die het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor u in rekening brengt niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur. U hebt voor die dag op een kraamzorguitkering recht.

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij geven geen kraamzorguitkering:
 - voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
 - voor de dagen die een instelling voor medisch specialistische zorg voor een ziekenhuisopname bij ons in rekening brengt;
 - voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw zorgverzekering of aanvullende verzekering recht hebt.

Voorwaarden

Zie artikel B.7.

D.21.4. Extra kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

ding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden extra kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw zorgverzekering. Zie artikel B.7.a. voor kraamzorg.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra kraamzorg wij vergoeden.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd;
- U (de biologische moeder) of uw geboren kind(eren) vertoont/vertonen ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling;
- De aanvullende kraamzorg volgt direct op de kraamzorg uit de zorgverzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.5. Couveuse nazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden couveuse nazorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de zorgverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.

Voorwaarden

Algemeen

- U (de biologische moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg; en
- Uw kind(eren) heeft/hebben tenminste 5 dagen in de couveuse gelegen; en
- Uw kind(eren) heeft/hebben op medische indicatie tenminste 8 dagen na de geboorte in een instelling voor medisch specialistische zorg gelegen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn ontslagen. Zie artikel B.7.a. voor kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de zorgverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname van de (biologische) moeder -en kind(eren)- in een instelling voor medisch specialistische zorg is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.7. Vervallen

D.21.8. Kraamzorg bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg inclusief instructie. Zie artikel B.7.a. voor kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Zie artikel B.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om adoptie van een kind door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- Het adoptiekind is afkomstig uit het buitenland;
- Het adoptiekind is op het moment van adoptie ten hoogste 6 maanden oud.

Zorgaanbieder

Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende verleent de kraamzorg. De kraamverzorgende is al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet uiterlijk 4 maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of kijk op onze internetsite.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Voorwaarden

Algemeen

- U overhandigt ons na afloop van het beweegprogramma een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een beweegprogramma.

Zorgaanbieder

Het beweegprogramma wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging. Voor diabetespatiënten moet deze patiëntenvereniging de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten behartigen.
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een fysiotherapeut met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde beweegprogramma;
- een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde beweegprogramma. Het gaat hierbij om een organisatie die verantwoordelijk is voor (keten)zorg voor chronisch zieken, zoals met bijvoorbeeld de indicatie COPD of Diabetes Mellitus.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.22. Beweegprogramma's

D.22.1. Beweegprogramma's algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden beweegprogramma's die in het algemeen gericht zijn op het voorkomen van ziekten en/of behoud en bevorderen van uw gezondheid.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - sportmassage;
 - arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - (beweeg)programma's die (ook) tot doel hebben uw conditie te verbeteren.

D.22.2. Beweegprogramma's voor bepaalde aandoeningen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het beweegprogramma gebaseerd op de standaarden beweeginterventie van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), als sprake is van één van deze aandoeningen:

- artrose;
- COPD;
- diabetes mellitus type 2;
- coronaire hartziekten;
- osteoporose;
- oncologie;
- overgewicht en obesitas bij kinderen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet (beweeg)programma's die (mede) tot doel hebben uw conditie te verbeteren.

Voorwaarden

Algemeen

- De zorgaanbieder hanteert een beweegprogramma dat is opgesteld aan de hand van de standaarden beweginginterventies van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Ook heeft de KNGF het beweegprogramma gecertificeerd; en
- Het beweegprogramma is daarmee gericht op motivatie en coaching zodat u hierna op verantwoorde wijze zelfstandig kunt blijven bewegen; en
- De vergoeding vindt plaats na afloop van het beweegprogramma; en
- in de gehele periode dat u een beweegprogramma volgt hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een beweegprogramma.

Zorgaanbieder

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut die is opgeleid om dit programma te geven en met wie wij afspraken hebben gemaakt over het beweegprogramma.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.23. Thuisverpleging / huishoudelijke verzorging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van:

- a. thuiszorg (persoonlijke verzorging of verpleging) waarop u aanspraak hebt op grond van de AWBZ;
- b. huishoudelijke verzorging op grond van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- Indicaties zijn gesteld door:
 - het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de functies persoonlijke verzorging of verpleging volgens de AWBZ;
 - de gemeente voor de functie huishoudelijke verzorging ingevolge de WMO.
- Uw gemeente of het CAK (Centraal Administratie Kantoor) heeft u een wettelijke eigen bijdrage opgelegd.
- Is er sprake van een bruto PGB (Persoons Gebonden Budget) dan houdt het CAK de eigen bijdrage in. Als u voor de zorg een PGB van het Zorgkantoor ontvangt, is de wettelijke eigen bijdrage daarop in mindering gebracht. U stuurt ons in dat geval een afschrift van dit bericht van het Zorgkantoor.
- Is er sprake van een netto PGB dan houdt het CAK de eigen bijdrage niet in. Als u voor de wettelijke eigen bijdrage geen rekening ontvangt van het CAK dan stuurt u ons een afschrift van uw (netto) PGB waarop de wettelijke eigen bijdrage in mindering is gebracht.

PREMIES EN VERGOEDINGSTARIEVEN
CZDIRECT (ZORGVERZEKERING NATURA DIRECT)

Premies en vergoedingstarieven zorgverzekering
per 1 januari 2014

Premiegrondslag (artikelen A.7.3. en A.11.)

De premiegrondslag (de basispremie zonder kortingen) is € 1.043,40 per verzekerde per jaar. Dat is € 86,95 per verzekerde per maand.

Kortingen bij vrijwillig eigen risico (artikel A.13.)

U hebt een verplicht eigen risico van € 360,- per jaar. Als u daarbij ook kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting op de premie.

In onderstaand overzicht staat het bedrag dat u als vrijwillig eigen risico kunt kiezen. Daarachter staat welke korting dit op de premiegrondslag geeft. Deze korting geldt per verzekerde per jaar.

<i>vrijwillig eigen risico</i>	<i>korting op premiegrondslag</i>
€ 500,-	€ 287,40

Tarieven (artikel A.20.)

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben, dan vergoeden wij vanuit de zorgverzekering niet het gehele marktconforme tarief maar een deel daarvan. U kunt dat lezen in artikel A.20.2. van de verzekeringsvoorwaarden. Het te vergoeden percentage is 50% voor alle zorgsoorten.

Contactinformatie CZ

Bezoekadressen

Wilt u graag persoonlijk contact met CZ? Bezoek dan één van onze servicelocaties of ons mobiel kantoor. Onze actuele adressen en openingstijden vindt u op www.cz.nl/locatie.

Postadressen

Algemeen adres

CZ
Postbus 90152, 5000 LD Tilburg

Adres voor het insturen van uw nota's

CZ
Postbus 4226, 5004 JE Tilburg

Adres voor het insturen van uw klacht

CZ, Klachtencoördinator
Postbus 4349, 5004 JH Tilburg

Telefoonnummers

CZ Klantenservice

Voor algemene vragen over uw verzekering of ingediende nota's
0900 0949 (bereikbaar op werkdagen van 08.30 - 17.30 uur, 7,5 cent per gesprek plus uw gebruikelijke belkosten)

CZ Kraamzorgservice

Voor het aanvragen van kraamzorg
0900 202 03 40 (7,5 cent per gesprek plus uw gebruikelijke belkosten)

CZ Gezondheidslijn

Persoonlijk advies over uw gezondheid
0900 14 29 (7,5 cent per gesprek plus uw gebruikelijke belkosten)

CZ Helpline

Hulp bij spoedeisende medische vragen in het buitenland
+ 31 13 468 04 02

CZ Hulpmiddelenlijn

0900 202 04 50 (7,5 cent per gesprek plus uw gebruikelijke belkosten)

CZ Zorgservice

Voor onder andere wachtlijstbemiddeling, advies over een second opinion of advies over de beste zorg.
(013) 594 91 10

Internet en e-mail

Via www.cz.nl:

- kunt u ons een e-mail sturen;
- kunt u uw verzekeringszaken inzien en wijzigen;
- vindt u zorgverleners die het best bij uw situatie passen;
- kunt u vragen stellen aan e-deskundigen, zoals een psycholoog of diëtist.

Contactinformatie andere instanties

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

(hieronder valt ook de Ombudsman Zorgverzekeringen)
Postbus 291, 3700 AG Zeist
www.skgz.nl
(030) 698 83 60

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320, 1110 AH Diemen

Rechtspersonen en inschrijvingen KvK

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale
Zorgverzekeraarsgroep, Zorgverzekeraar U.A.
KvK 41095222

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Centrale Zorgverzekeraarsgroep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
KvK 18028752

