



Verzekeringsvoorwaarden 2011

De zorgverzekering voor universitair medische centra

| als geen ander |

umc
zorgverzekering

Welkom bij Zorgverzekeraar UMC

Uw zorgverzekeraar voor universitair medische centra! In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw UMC Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruikmaken van het trefwoordenregister achterin deze voorwaarden of de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

U kunt de informatie over uw UMC Zorgverzekering ook vinden op www.umczorgverzekering.nl. Natuurlijk kunt u met uw vragen ook telefonisch bij ons terecht. De telefoonnummers zijn hieronder opgenomen.

Met vriendelijke groeten,
Zorgverzekeraar UMC

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Klantenservice:	0900 8018 (lokaal tarief) De klantenservice van Zorgverzekeraar UMC heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
Aanvragen toestemming:	U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar: Zorgverzekeraar UMC Postbus 25150 5600 RS Eindhoven
Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders:	0900 8018 (lokaal tarief) Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders is ook te raadplegen via www.umczorgverzekering.nl/zorggids .
UMC Alarmcentrale:	+31 (0)50 52 66 777 (+= internationaal toegangsnummer)
UMC Kraamzorg:	0900 99 77 442 (€ 0,10/min)
Vervoer:	opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 8018 (lokaal tarief)
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 8018 (lokaal tarief)

Inhoudsopgave

UMC Zorgverzekering

I.	Algemeen gedeelte	5		Hulpmiddelenzorg	32
Artikel 1.	Verzekerde zorg	5	Artikel 32.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	32
Artikel 2.	Algemene bepalingen	7			
Artikel 3.	Premie	9		Verblijf in een instelling	33
Artikel 4.	Overige verplichtingen	10	Artikel 33.	Verblijf	33
Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	10			
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de UMC			Ziekenvervoer	33
	Zorgverzekering	10	Artikel 34.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33
Artikel 7.	Verplicht eigen risico	11			
Artikel 8.	Vrijwillig eigen risico	13		Zorgbemiddeling	34
Artikel 9.	Buitenland	13	Artikel 35.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	34
Artikel 10.	Klachten en geschillen	14			
			III.	Begripsomschrijvingen	35
II.	Zorgartikelen	15	IV.	Trefwoordenregister	37
	Geneeskundige zorg	15			
Artikel 11.	Huisartsenzorg	15		UMC Aanvullende verzekering 2011	41
Artikel 12.	Verloskundige zorg en kraamzorg	15			
Artikel 13.	Medisch specialistische zorg	17	I.	Algemeen gedeelte	41
Artikel 14.	Revalidatie	18	Artikel 1.	Algemene bepalingen	41
Artikel 15.	Erfelijkheidsonderzoek	18	Artikel 2.	Acceptatie	43
Artikel 16.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	19	Artikel 3.	Premie	43
Artikel 17.	Audiologische zorg	20	Artikel 4.	Overige verplichtingen	44
Artikel 18.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20	Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	45
Artikel 19.	Transplantatie van weefsels en organen	21	Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de UMC Aanvullende verzekering	45
Artikel 20.	Dyslexiezorg	21	Artikel 7.	Uitsluitingen	46
Artikel 21.	Stoppen-met-rokenprogramma	23	Artikel 8.	Klachten en geschillen	46
	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	24			
Artikel 22.	Eerstelijnspsychologische zorg	24	II.	Zorgartikelen	46
Artikel 23.	Specialistische GGZ	25		Orthodontie	46
	Paramedische zorg	25	Artikel 9.	Orthodontische hulp voor verzekerden tot 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	46
Artikel 24.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/ Mensendieck	25	Artikel 10.	Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	47
Artikel 25.	Logopedie	27			
Artikel 26.	Ergotherapie	27		Tandheelkundige zorg	47
Artikel 27.	Dieetadvisering	27	Artikel 11.	Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	47
	Mondzorg	27	Artikel 12.	Tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	48
Artikel 28.	Tandheelkundige zorg	27	Artikel 13.	Inlays, kronen en bruggen (Plus, Top)	49
Artikel 29.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	29	Artikel 14.	Orale implantologie in de niet-tandeloze kaak (Plus, Top)	50
	Farmaceutische zorg	29	Artikel 15.	Mondhygiëne en Parodontologie (Budget, Accent, Plus en Top)	50
Artikel 30.	Geneesmiddelen	29			
Artikel 31.	Dieetpreparaten	31			

	Bevalling en kraamzorg	50		Hulpmiddelen	56
Artikel 16.	Eigen bijdrage kraamzorg (Plus en Top)	50	Artikel 42.	Steunzolen en therapiezolen (Accent, Plus en Top)	56
Artikel 17.	Vervangende kraamzorg (Budget, Accent, Plus en Top)	51	Artikel 43.	Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen (Accent, Plus en Top)	56
Artikel 18.	Lactatiekundig consult (Accent, Plus en Top)	51	Artikel 44.	Steunpessarium (Accent, Plus en Top)	56
Artikel 19.	Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene door een kraamcentrum (Budget, Accent, Plus en Top)	51	Artikel 45.	Supphosekousen (Accent, Plus en Top)	56
Artikel 20.	Kraampakket (Budget, Accent, Plus en Top)	51	Artikel 46.	Wekapparatuur/plaswekker (Accent, Plus en Top)	56
	Paramedische zorg	51	Artikel 47.	Hoortoestellen en pruiken (Top)	56
Artikel 21.	Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	51	Artikel 48.	Krukken (Budget, Accent, Plus en Top)	56
Artikel 22.	Groepszwemmen voor reumapatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	52		Niet-reguliere behandelwijzen	57
Artikel 23.	Podotherapie en pedicure (Accent, Plus en Top)	52	Artikel 49.	Niet-reguliere behandelwijzen (Budget, Accent, Plus en Top)	57
Artikel 24.	Stottertherapie (Budget, Accent, Plus en Top)	52	Artikel 50.	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen (Budget, Accent, Plus en Top)	57
Artikel 25.	Dieetadvisering (Budget, Accent, Plus en Top)	52		Preventieve zorg	57
Artikel 26.	Zorg voor vrouwen in de overgang (Budget, Accent, Plus en Top)	53	Artikel 51.	Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	57
	Huidbehandelingen	53	Artikel 52.	Vervangende mantelzorg (Budget, Accent, Plus en Top)	58
Artikel 27.	Camouflagetherapie (Budget, Accent, Plus en Top)	53	Artikel 53.	Sportgeneeskunde (Budget, Accent, Plus en Top)	58
Artikel 28.	Epilatie (Budget, Accent, Plus en Top)	53	Artikel 54.	Medische check-up (Top)	58
Artikel 29.	Acnebehandeling (Budget, Accent, Plus en Top)	53	Artikel 55.	Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding (Top)	58
	Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg	53	Artikel 56.	Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland (Top)	58
Artikel 30.	Psycho-sociale hulp aan oncologiepatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	53		Buitenland	58
Artikel 31.	Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie (Accent, Plus en Top)	53	Artikel 57.	Ziekenvervoer vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	58
Artikel 32.	Circumcisie (Budget, Accent, Plus en Top)	54	Artikel 58.	Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	59
Artikel 33.	Neurofeedback (Plus en Top)	54	Artikel 59.	Spoedeisende en niet spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	59
Artikel 34.	Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie (Accent, Plus en Top)	54		III. Begripsomschrijvingen	60
Artikel 35.	Vitamines (Budget, Accent, Plus en Top)	54			
Artikel 36.	Geneesmiddelen (Plus, Top)	54			
	Verblijf in een instelling	55			
Artikel 37.	Behandeling in een kuuroord (Budget, Accent, Plus en Top)	55			
Artikel 38.	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel (Budget, Accent, Plus en Top)	55			
Artikel 39.	Logieskosten (Budget, Accent, Plus en Top)	55			
Artikel 40.	Verblijf in een hospice voor terminale patiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	55			
Artikel 41.	Verblijf in een therapeutisch kinderkamp (Budget, Accent, Plus en Top)	55			

Verzekeringsvoorwaarden UMC Zorgverzekering 2011

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UMC Zorgverzekering is een restitutieverzekering van Zorgverzekeraar UMC. Dit betekent dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website of telefonisch; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist,

gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Dat betekent dat u daarvoor geen bedragen hoeft bij te betalen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten.

1.5. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op

zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht.

U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota's zo snel mogelijk na ontvangst bij ons in te dienen. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

1.7. **Rechtstreekse betaling**

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. **Verrekening van kosten**

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. **Verwijzing, voorschrift of toestemming**

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteer-

de zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

1.10.

Ontlenen recht

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de UMC Zorgverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de UMC Zorgverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12.

Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natuur-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de

waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorismisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwikkelen schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van) de schade krijgt vergoed.

u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2.

Werkgebied

De UMC Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

Zorgverzekeraar UMC is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u in Nederland woont, onder de rechten van de AWBZ valt of in Nederland loonbelasting betaalt, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3.

Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
 - Regeling zorgverzekering;
 - het Clausuleblad terrorismedekking;
 - premiebijlage;
 - Reglement farmaceutische zorg UMC;
 - Reglement hulpmiddelen UMC;
 - Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg UMC;
 - overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
 - Overzicht vrijstelling eigen risico;
 - het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.
- Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2.4.

Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. U hebt ook geen recht op vergoeding van de kosten van zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de UMC Zorgverzekering, ontvangt

persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Zorgverzekeraar UMC is een onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van vijf jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade) verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van de UMC Zorgverzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw UMC Zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de UMC Zorgverzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de UMC Zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij

of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekortingen vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijn-

betalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250,- per maand. Voor bedragen boven de € 250,- sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de UMC Zorgverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.6.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

- 3.6.6.** Als u een betalingsachterstand hebt van zes of meer maandpremies, melden wij u aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief incassokosten hebt betaald.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de UMC Zorgverzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de UMC Zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de UMC Zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de

wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de UMC Zorgverzekering

6.1. Begin en duur

6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen.

6.1.2. Het is mogelijk dat wij niet uit uw aanvraag kunnen afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De UMC Zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.

6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de UMC Zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.

6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd, aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.

6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de UMC Zorgverzekering in op dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld:

U bent verplicht uw kind binnen vier maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Onverzekerden riskeren een boete. Wij handelen bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de

bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De UMC Zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Zorgverzekeraar UMC door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen.

Als wij vaststellen dat de UMC Zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de UMC Zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw UMC Zorgverzekering opzeggen op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de UMC Zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de UMC Zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel

de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

6.3.3

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.3.4.

U kunt de UMC Zorgverzekering niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en wij u hiervoor een aanmaning hebben gestuurd. U kunt de UMC Zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigen.

6.4.

Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de UMC Zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de UMC Zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5.

Bewijs van einde

Als de UMC Zorgverzekering eindigt, ontvangt u als verzekeringnemer een bewijs van einde met de volgende informatie:

- uw naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
 - de dag waarop de UMC Zorgverzekering eindigt;
 - of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
 - de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.
- Als de UMC Zorgverzekering voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, sturen wij het bewijs van einde naar deze verzekerde.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1.

Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 170,- per kalenderjaar. De kosten van

zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18^e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's);
- verloskundige zorg en kraamzorg;
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokkentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg UMC;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het stoppen-met-rokenprogramma als u dit programma volledig hebt afgerond;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 19, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

Zorgarrangementen zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die u als patiënt nodig hebt beter op elkaar wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Wij contracteren zorggroepen voor onder andere de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem) en cardiovasculair risicomanagement.

Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden en welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen.

Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op www.umczorgverzekering.nl/vrijstellingeigenrisico of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de UMC Zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de UMC Zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

De UMC Zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 170,- x 30 gedeeld door 365 is € 13,97 en wordt afgerond op € 14,-.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risico-bedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico**8.1. Varianten vrijwillig eigen risico**

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een UMC Zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico**8.3.1.** Als de UMC Zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de UMC Zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De UMC Zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100,- x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8,-. Het verplicht eigen risico is € 170,- x 30 gedeeld door 365 is € 13,97 en wordt afgerond op € 14,-. Het totale eigen risico bedraagt € 22,- (€ 14,- verplicht eigen risico en € 8,- vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de UMC Zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig ei-

gen risico, dan wordt het totale vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland**9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling; vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, kunt u een European Health Insurance Card (EHIC of Europese gezondheidskaart) aanvragen. Hiermee hebt u recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt een EHIC ook aanvragen als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U kunt een EHIC aanvragen via onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u (laten) bellen met de UMC Alarmcentrale, telefoonnummer +31 (0) 50 52 66 777 (+= internationaal toegangsnummer).

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht:

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

10.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig).

II. Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

Artikel 11. Huisartsenzorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

Onder preconceptiezorg wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen voor gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent;
- 2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
 - (kleine) chirurgische verrichtingen;
 - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
 - longfunctiemeting (spirometrie);
 - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
 - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
 - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
 - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
 - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
 - therapeutische injecties;
 - allergietest.

Door

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door

een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physician assistant (PA) of praktijkondersteuner.

Artikel 12. Verloskundige zorg en kraamzorg

12.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
 - als u een kindervens hebt, kunt u gebruik maken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- Counseling:
 - Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- Combinatietest:
 - U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit twee onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.
 U hebt recht op vergoeding van de kosten van de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- Twintig-weeken echo (SEO):
 - Met de twintig-weekenecho kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Door

Verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatie-test en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Welke verloskundige zorg is opgenomen in uw UMC Zorgverzekering?

- *Bevalling thuis of in een kraamzorghotel*
Ja
- *(Poli)klinische bevalling, zonder medische noodzaak*
€ 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- voor de eigen bijdrage kraamzorg in het ziekenhuis).
In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 12.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
- *(Poli)klinische bevalling, met medische noodzaak*
Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

12.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Een kraamzorghotel is een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 3,90 per uur voor kraamzorg thuis of bij een verblijf in een kraamzorghotel. Voor een kraamzorghotel wordt voor de eigen bijdrage maximaal 8 uur per dag gerekend;
- € 15,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch

noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 111,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld:

Als u in het ziekenhuis bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is

2 x € 111,50 is: € 223,- per dag

Af: Eigen bijdrage is 2 x € 15,50 is: € 31,- per dag

Vergoeding vanuit de

UMC Zorgverzekering is: € 192,- per dag

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 192,- per dag zelf moet bijbetalen.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op onze website of telefonisch opvragen.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg.

Let op:

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website of UMC Kraamzorg. Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt. Kijk voorin deze voorwaarden voor het telefoonnummer.

Welke kraamzorg is opgenomen in uw UMC Zorgverzekering?

- *Kraamzorg thuis of in een kraamzorghotel*
Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 3,90 per uur.
- *Kraamzorg in het ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak*
Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 15,50 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 111,50 per dag.
Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
- *Kraamzorg in het ziekenhuis, bij bevalling met medische noodzaak*
Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als alleen uw medisch specialist eindverantwoordelijk is of wijziging in de behandeling kan aanbrengen. Ook moet het gaan om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door

Medisch specialist. De orthoptische zorg mag ook worden verleend door een orthoptist.

Diagnostiek in de oogheelkundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

Artikel 13. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- orthoptische zorg bij een lui oog (amblyopie), scheelzien (strabismus), dubbelzien (diplopie), zwakte van het oog (asthenopie) en brekingsafwijking (refractie-afwijking);
- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheelkundige zorg;

Voor welke zorg hebt u voorafgaande toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.

Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde:**
refractiechirurgie (verzamelnaam voor chirurgische ingrepen voor zichtverbetering), ooglidcorrecties.
- **KNO-heelkunde:**
oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde:**
gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie:**
benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen op de regel te bedenken; wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming hebt.

Let op: het recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in artikel 18, Plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, Hulpmiddelenzorg.
2. Thuisdialyse apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, Hulpmiddelenzorg.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op vergoeding van de kosten van:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 28, Tandheelkundige zorg en artikel 29, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 14. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 15. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek:

onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoom-onderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid-onderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesring en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Verwijsbrief van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 16. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet

tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen.

Wanneer hebt u opnieuw recht op vergoeding van de kosten van drie IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op drie pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit.

Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van een IVF-behandeltraject van drie pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid (infertiliteit).

Door

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijsbrief

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

1. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. Voor het recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 30, Geneesmiddelen.

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen*Omschrijving*

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie.

Door

Gynaecoloog of uroloog.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Voor het recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 30, Geneesmiddelen.

Artikel 17. Audiologische zorg*Omschrijving*

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

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

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op vergoeding van de kosten van hoorapparatuur is geregeld in artikel 32, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie*Omschrijving*

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Wel of geen recht op vergoeding van de kosten van plastische en/of reconstructieve chirurgie?

*Enkele voorbeelden:**Buikwandcorrectie (abdominoplastiek)*

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie als er sprake is van een van de volgende criteria:

1. verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
2. lichamelijke functiestoornissen:
 - a. als gevolg van continu aanwezige smetten in huidplooien die ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen zijn. Een operatie vormt de enige oplossing voor het probleem. Als het smetten wordt veroorzaakt door onvoldoende hygiënische maatregelen, hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg;
 - b. een ernstige bewegingsbeperking waarbij in staande positie het buikschort (de plooi)

minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.

Als u voor vergoeding in aanmerking wilt komen, dan mag u niet teveel wegen. Uw Body Mass Index (BMI) moet gedurende 12 maanden 30 of minder zijn.

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).
Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Verwijderen van een borstprothese

U hebt recht op vergoeding van de kosten van het verwijderen van een borstprothese als de prothese is geplaatst na een borstamputatie maar ook als er sprake is van ernstige kapselvorming of lekkage. Ook het klieven of wegsnijden van het kapsel kan voor vergoeding in aanmerking komen. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen of vervangen van een prothese na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

Borstverkleining

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt of als u cup D hebt en u bent kleiner dan 1.60 meter, en u aantoonbaar lichamelijke klachten hebt. Het gaat dan om klachten die u fors beperken en die veroorzaakt worden door de zwaarte van de borsten. Uw gewicht mag niet te hoog zijn. Bij het opereren van te zware mensen is er namelijk een grotere kans op complicaties en een kleinere kans op een goed resultaat.

Correctie van ongelijke borsten

U hebt recht op vergoeding van de kosten van verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen ('zeer opvallende asymmetrie'). Dit kan gezien worden als een verminking. Er is dan alleen een vergoeding mogelijk voor de verkleining van één van de borsten. Zijn de borsten ongelijk na een borstreconstructie als gevolg van een (gedeeltelijke) amputatie, dan zijn ook andere manieren van correctie mogelijk, bijvoorbeeld het plaatsen van een borstprothese.

Correctie van ingetrokken tepels

Dit wordt niet vergoed. Ingetrokken tepels worden gezien als een 'natuurlijke variant' van het menselijk lichaam.

Littekencorrectie

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een littekencorrectie als het litteken flinke, aannemelijke

klachten geeft of zo lelijk is dat er sprake is van een verminking.

Borstvorming bij mannen (gynaecomastie)

U hebt recht op vergoeding van de kosten van chirurgische correctie van deze borstvorming wanneer er aantoonbaar klierweefsel aanwezig is en deze gynaecomastie langer dan 12 maanden bestaat. Daarbij moeten er ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en/of sprake zijn van een verminking. Verminking wil zeggen dat er een duidelijk vrouwelijke borstvorm zichtbaar is.

U hebt zelden recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling als uw BMI hoger is dan 30, omdat er dan voornamelijk sprake is van vetweefsel.

Als er naast het weghalen van de borst ook nog liposuctie plaatsvindt, is voor de liposuctie geen extra vergoeding mogelijk.

Laserbehandeling

Laserbehandeling van zichtbare bloedvaatjes, pigmentvlekken, andere vlekken en onregelmatigheden wordt slechts zelden vergoed.

Liposuctie, ofwel het wegzuigen van vetweefsel

Liposuctie wordt zelden vergoed. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van liposuctie als dit de meest aangewezen behandelmethode is bij een medisch noodzakelijke ingreep (deze ingreep moet dan op zichzelf niet zijn uitgesloten van vergoeding).

Neuscorrectie

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van een neuscorrectie als u fors beperkende onbehandelbare neusklachten hebt. In een enkel geval is vergoeding mogelijk als er sprake is van een verminking of een aangeboren misvorming.

Schaamlipcorrectie

Schaamlipcorrectie wordt zelden vergoed, omdat het vrijwel altijd gaat om klachten die weliswaar vervelend en hinderlijk kunnen zijn, maar niet fors beperkend. Echte misvormingen zijn er zelden. U hebt in dat geval wel recht op vergoeding.

Psychisch lijden

Psychisch lijden en psychosociale oorzaken zijn geen reden voor vergoeding van plastische chirurgie. Onder psychosociale oorzaken wordt bijvoorbeeld verstaan het niet naar het zwembad durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan of geen nieuwe relatie durven aangaan omdat men zich schaamt of gepest wordt. Deze oorzaken zijn bijzonder vervelend maar zijn geen reden voor vergoeding.

Geen vergoeding

Voor bijvoorbeeld correctie van onderoogleden, tatoeageverwijdering of het 'liften' van hangende borsten is zelden een vergoeding mogelijk. Er is hierbij namelijk geen sprake van een medische noodzaak zoals in dit artikel beschreven.

Meer informatie kunt u vinden in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). U vindt deze werkwijzer op onze website. U kunt deze ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Door

Medisch specialist.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen.

Artikel 19. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat.

Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;

- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
- het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed.

Door

Medisch specialist.

Artikel 20. Dyslexiezorg

Omschrijving

Het recht op vergoeding van de kosten van dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen bij wie de zorg in 2011 begint op zeven-, acht- negen- of tienjarige leeftijd en die basisonderwijs volgen.

Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?

Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om 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 zenuwpririkkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van de diagnostiek als deze volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is.

Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Door

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of die het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie heeft.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

Artikel 21. Stoppen-met-rokenprogramma**Omschrijving**

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel.

Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal een keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Door

STIVORO en GGZ-instellingen die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Via STIVORO kunt u het stoppen-met-rokenprogramma volgen of kiezen voor telefonische coaching. Het stoppen-met-rokenprogramma dat door STIVORO is ontwikkeld, heet de Training Pakje Kans. De training wordt uitgevoerd door zelfstandige trainers die opgeleid zijn door STIVORO. Zij hebben een licentieovereenkomst met STIVORO en voldoen aan de door STIVORO gestelde kwaliteitseisen. De telefonische coaching wordt uitgevoerd door medewerkers van het Adviescentrum van STIVORO. Deze medewerkers zijn door STIVORO opgeleid tot telefonische coach stoppen-met-roken. Op de website van STIVORO kunt u vinden waar u de Training Pakje Kans kunt volgen en hoe u zich kunt aanmelden voor de training en telefonische coaching. U kunt deze informatie ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van problematisch alcoholgebruik, als het gaat om behandelingen die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u meer drinkt dan verantwoord is, maar nog geen stoornis hebt ontwikkeld op het gebied van alcohol;
- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, inter-persoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie.
U hebt recht op de vergoeding van de kosten van deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) om herhaling van depressieve klachten te voorkomen;
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het programma Beating the Blues mag worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

PGB:

Voor de zorg die in dit artikel is opgenomen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg aanvragen, zodat u deze zorg zelf kunt inkopen. U moet hierbij wel voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg UMC.

Het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg UMC vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Door

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist.

PGB:

Maakt u gebruik van een PGB eerstelijnspsychologische zorg dan mag de zorg ook worden verleend door een psycholoog, HBO-psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts.

De A&G-psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De arts moet zijn ingeschreven in het Register van de Nederlandse vereniging voor verslavingsgeneeskunde (VVGNG).

De cognitief therapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De ECP-therapeut moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP).

De eerstelijnspsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De gedragstherapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De HBO-psycholoog moet in het bezit zijn van een diploma HBO-psycholoog van een in Nederland erkende hogeschool.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

De psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting.

Een zitting komt overeen met een consult. Afhankelijk van de zorg die wordt geboden, kan het ook voorkomen dat er een vijfde, een kwart, een halve of een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Het aantal zittingen/consulten waarop u recht hebt en de hiervoor geldende eigen bijdrage wordt in dit geval naar rato berekend.

Voorbeelden:

- een e-mail consult telt als een kwart zitting. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage van $\frac{1}{4}$ van € 10,- is € 2,50;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van $\frac{1}{2}$ van € 10,- is € 5,-.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden

U hebt onder andere geen recht op vergoeding van de kosten van intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg en neurofeedback.

Artikel 23. Specialistische GGZ

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para) medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

Door

Psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van psychoanalyse (4 tot 5 keer in de week psychotherapie) gestart op of na 23 maart 2010 en neurofeedback.

Paramedische zorg

Artikel 24. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar / Mensendieck

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar

- U hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- Hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op vergoeding van de kosten van maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal achttien behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst worden vermeld. Aandoeningen, die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde hart-, long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel.

Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

18 jaar en ouder

- U hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
 - U hebt vanaf de dertiende behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.
- De kosten van de eerste twaalf behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor

meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Door

Fysiotherapeut, geriatisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen. Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:

	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)	9 behandelingen (vanaf de 1 ^e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen <i>LET OP:</i> voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 13 ^e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Artikel 25. Logopedie*Omschrijving*

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Door

Logopedist. Logopedie bij afasie en stotteren, preverbale logopedie en De Hanen Oudercursus moeten worden verleend door een gespecialiseerde logopedist. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg. Voor specifieke stottertherapie is een toelichting nodig van de verwijzer.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 26. Ergotherapie*Omschrijving*

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Door

Ergotherapeut.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 27. Dieetadvisering*Omschrijving*

U hebt recht op vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Door

Diëtist.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg**Artikel 28. Tandheelkundige zorg****28.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar***Omschrijving*

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); één keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf zes jaar; twee keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/ of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);

12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontie.

Door

Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten.

28.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite en kan niet door de gewone huistandarts worden verleend. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt.
U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.
Het gaat hier om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste zes tanden en kiezen in aanleg ontbreken.

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt, kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om twee implantaten in de onderkaak waarop twee drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een vastzittende of geschroefde brug of prothese wilt in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de implantaten voor deze brug niet vergoed.

Door

Tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd:

- als u 18 jaar of ouder bent en u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
- voor de zorg zoals omschreven onder omschrijving punt 2, als u een extreme angst hebt voor mondzorg.

De eigen bijdrage geldt alleen voor een controle, een incidenteel consult, het trekken van tanden/ kiezen (extractie), behandeling van het tandvlees (parodontale hulp), wortelkanaalbehandelingen (endodontische hulp), vullingen of uitneembare niet-volledige gebitsprothesen. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Ook bent u in bovengenoemde gevallen een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese). Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijzing door

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig.

Bent u extreem bang voor de tandarts?

U kunt dan misschien in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde. Alleen de extra tijd die nodig is om de angst te verminderen, valt onder bijzondere tandheelkunde.

- € 600,- voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.200,- voor een boven- en onderkaak samen.
2. U hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een kunstgebit (gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Deze kosten worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering hebt.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 28.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125,- per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

28.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Door

Kaakchirurg.

Verwijzing door

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 29. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Door

Tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

1. U hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:

Farmaceutische zorg

Artikel 30. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Geregistreerde geneesmiddelen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van levering van door de Minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg UMC. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde

geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op vergoeding van de kosten van de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg UMC. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan zes maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering. U hebt recht op vergoeding van de kosten van de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op vergoeding van de

kosten van deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Geleverd door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie natuurlijk ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg UMC. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wil inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons indienen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;

- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap als u 21 jaar of ouder bent;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Beleidsregel dure geneesmiddelen van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg. Voor het recht op deze geneesmiddelen, zie artikel 13, Medisch specialistische zorg.

Bent u jonger dan 21 jaar?

Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder?

U hebt dan geen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg UMC vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijkt u voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Geleverd door

Voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa-Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding). U kunt voor dieet- en sondevoeding ook bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts terecht.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62.

Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: (0348) 49 57 77.

Op voorschrift van

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren.

Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Deze procedure geldt ook voor onze voorkeursleveranciers Sorgente en Tefa-Portanje B.V.

Gaat u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor meer informatie voorin deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van dieetproducten.

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed. Een dieetpreparaat heeft een andere samenstelling en vorm dan gewone voeding.

Artikel 31. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde,

Hulpmiddelenzorg

Artikel 32. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Dat wil zeggen dat u dit hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen UMC vindt u de volgende informatie:

- hebt u recht op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of betreft het een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verstrekt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt deze informatie ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

Kiest u ervoor om een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen en gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Houd er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U hebt in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die wij zouden hebben betaald voor een hulpmiddel in bruikleen.

Door

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. U vindt de zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst hebben gesloten in de zorggids. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? In het Reglement hulpmiddelen UMC vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen UMC voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Voorschrift

Zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen UMC.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen UMC per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruiksstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruiksstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid schade aan het hulpmiddel ontstaat, hebt u binnen de gebruiksstermijn geen recht op (vergoeding van de kosten van) vervanging of reparatie van het hulpmiddel.
2. U kunt toestemming krijgen voor vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als u wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen UMC vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen.

Verblijf in een instelling

Artikel 33. Verblijf

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar

In een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

Artikel 34. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c.

Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevalsloffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Bijvoorbeeld:

u had 5 maanden vervoer nodig voor 2 keer per week en de reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vergoeding van de kosten van vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulance-vervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,27 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 92,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

U kunt met het **Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen**. Dit formulier kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

Zorgbemiddeling

Artikel 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de UMC Zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen Zorgverzekeraar UMC en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een UMC Zorgverzekering en eventuele UMC Aanvullende verzekering te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met Zorgverzekeraar UMC als onderdeel van de UMC Zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is

Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar UMC voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

UMC Zorgverzekering: een tussen Zorgverzekeraar UMC en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische

Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Zorgverzekeraar UMC, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met Zorgverzekeraar UMC een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringsplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden UMC Zorgverzekering / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van Zorgverzekeraar UMC.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Zorgverzekeraar UMC gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar UMC (wij/ons): N.V. Zorgverzekeraar UMC, gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09154428. Zorgverzekeraar UMC is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001037. Zorgverzekeraar UMC is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar UMC aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

IV. Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer
A	
Algemene bepalingen	2
Ambulancevervoer	34
Apotheekhoudend huisarts	30, 31
Apotheker	30, 31
Arts	22
Audiologische zorg, audiologisch centrum	17
Auto, vervoer met eigen	34
AWBZ, AWBZ-instelling	34
B	
Begin, duur en beëindiging van de UMC Zorgverzekering	6
Begripsomschrijvingen	Hfd. III
Bekkenfysiotherapeut	24
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35
Bevalling	12
Bijzondere tandheelkunde	28.2
Buitenland	9
C	
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	28.2
Centrum voor erfelijkheidsadvies	15
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	24
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	28.3
Chronisch intermitterende beademing	13
Circumcisie	13
Cognitief therapeut	22
Collectieve overeenkomst	3, 6
Coöperatie	2
Counseling	12
D	
Dieetadvisering, diëtist	27
Dieetpreparaten	31
DNA-onderzoek	15
Donor	19
Dyslexiezorg	20
E	
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	22
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	15
Ergotherapeut, ergotherapie	26
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	19
F	
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	30, 31
Fertiliteitsbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	16
Fraude	2.4
Fysiotherapeut	24
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	24

Omschrijving	Artikelnummer
G	
Gebitsprothese	29
Gedragstherapeut	22
Gehoorapparatuur	17
Gehoorfunctie, onderzoek	17
Geneeskundige zorg	11 t/m 21
Geneesmiddelen	30
Geschillen, klachten en geschillen	10
Gezondheidszorgpsycholoog	22
GGZ	22, 23
GGZ-instelling	23
H	
Huidtherapeut	24
Huisarts, huisartsenzorg	11
Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	32
I	
ICSI	16
Implantaten	28
Instelling	33
In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	16
K	
Kaakchirurg, kaakchirurgie	28.3
Kinder- en jeugdpsycholoog	22
Kinderfysiotherapie, -therapeut	24
Klachten en geschillen	10
Klinisch psycholoog	23
Kraamzorg	12
L	
Logopedie, logopedist	25
M	
Manuele therapie, manueel therapeut	24
Medicijnen, zie geneesmiddelen	
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	13
Mensendieck, oefentherapie	24
Mondhygiënist	1, 28.1
Mondzorg	28, 29
O	
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	24
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	24
Optometrist	13
Orgaantransplantatie	19
Orthodontische zorg, orthodontist	28.2
Orthopedagoog-Generalist	20, 22
Orthoptist	13
Overige verplichtingen	4
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7

Omschrijving	Artikelnummer
P	
Paramedische zorg	24 t/m 27
Persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg	22
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	18
Preconceptiezorg	11, 12
Premie	3
Premie(grondslag) en voorwaarden	2
Prenatale screening	12
Prothetische voorzieningen	28.1, 29
Psychiater/zenuwarts	22
Psychotherapeut	22
R	
Reglement farmaceutische zorg UMC	2, 7, 30
Reglement hulpmiddelen UMC	2, 32
Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg UMC	2, 22
Revalidatie, revalidatie-instelling	14
S	
Second opinion door een medisch specialist	13
Seksuoloog	22
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	13
Specialistische GGZ	23
Sterilisatie	13
Stoppen-met-rokenprogramma	21
Stottertherapeut	25
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	12
T	
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	28.2
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	28.2
Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	28.1
Tandprotheticus	28.1, 29
Taxivervoer	34
Thuisdialyse	13
Toestemming	1.9
Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9
Transplantatie van weefsels en organen	19
Trombosedienst	13
U	
Uitsluitingen	1.11
UMC Alarmcentrale	9
V	
Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9
Verblijf, verblijf in een instelling	33
Verdragsland	9
Verloskamer	12
Verloskundige zorg, verloskundige	12
Verpleegkundige	11, 13
Verplichtingen, overige	4
Vervoer, zie ziekenvervoer	
Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.9
Verwijzing en/of toestemmingsvereiste, buitenland	9

Omschrijving	Artikelnummer
W	
Wachtnlijstbemiddeling, Zorg- en wachtnlijstbemiddeling	35
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5
Z	
Ziekenhuis	12, 13, 14, 19, 33
Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	34
Zorgbemiddeling, zorg- en wachtnlijstbemiddeling	35
Zorgpolis	2

Verzekeringsvoorwaarden UMC Aanvullende verzekering 2011

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Algemene bepalingen

1.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de UMC Aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

1.2. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de UMC Aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

1.3. UMC Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering met het daarbij aangegeven pakket. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de UMC Aanvullende verzekering. In de artikelen 1 t/m 8 worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 10 t/m 59 worden per aanvullend pakket de verzekerde prestaties aangegeven, bij het artikel staat vermeld voor welke pakketten de vergoeding geldt.

1.4. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de

wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.5. Ontlenen recht

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de UMC Aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de UMC Aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend.

1.6. Bewijs

De kosten worden vergoed indien u een originele nota overlegt en u aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden hebt voldaan. Wij hebben het recht om niet eerder tot vergoeding over te gaan dan nadat betaling van de kosten door u is aangetoond.

1.7. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van de UMC Aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
 - uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij gebruiken in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.
- Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw UMC Aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

1.8. Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. U hebt ook geen recht op vergoeding van de kosten van zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

N.V. Zorgverzekeraar UMC is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Fraude in verband met een verzekering heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigen en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade) verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

1.9. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

1.10. Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats volgens tarieven of kosten die in Nederlandse marktomstandigheden passend worden geacht, tenzij sprake is van een door ons met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het in Nederlandse marktomstandigheden passende tarief, geldt dit lagere tarief.

De vergoeding van kosten van zorg wordt door ons altijd overgemaakt aan de verzekeringnemer.

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding. Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.11. Vergoeding van de kosten van zorg als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natuur-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwikkelen schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van) de schade krijgt vergoed.

1.12. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

1.13. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2. Acceptatie**2.1. Gezinsdekking**

U en de bij u op de polis staande gezinsleden worden verzekerd voor hetzelfde dekkingspakket als u met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar. Als u vanwege tandheelkundige selectie niet wordt geaccepteerd voor een pakket behouden de andere verzekerden recht op het aangevraagde pakket, met uitzondering van de kinderen tot 18 jaar. Kinderen

tot 18 jaar behouden alleen recht op het aangevraagde pakket voor zover en voor zolang er een andere verzekerde op de polis staat waarvoor u premie bent verschuldigd voor dat pakket.

2.2.**Omzetting verzekeringspakket**

Gedurende de looptijd van de UMC Aanvullende verzekering kunt u het gekozen pakket omzetten naar een ander pakket. Hierbij is het bepaalde onder 2.3 van toepassing. Gedurende de eerste contractstermijn is alleen omzetting naar een uitgebreider pakket mogelijk.

U dient een aanvraag tot omzetting vóór 31 december van het lopende jaar in te dienen. De omzetting gaat in op 1 januari van het daaropvolgende jaar.

2.3.**Tandheelkundige selectie**

Er geldt tandheelkundige selectie voor verzekerden vanaf 8 jaar voor UMC Top en vanaf 18 jaar voor UMC Plus:

- bij aanmelding voor een UMC Aanvullende verzekering met het pakket UMC Plus of UMC Top;
- bij het omzetten van een pakket naar een pakket met een uitgebreidere dekking.

Voor een verzekerde die direct voorafgaand aan de ingang van de Aanvullende verzekering UMC Plus een gelijkwaardig pakket elders had beoordeelen wij of een tandheelkundige selectie nodig is.

Artikel 3. Premie**3.1.****Verschuldigdheid van premie**

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de Aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2.**Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten****3.2.1.**

U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijn-betalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.2.2.

Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.

3.2.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.3. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.3.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.3.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.3.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3.4. De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie (betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst of de nieuwe collectieve overeenkomst, gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

3.4. Verrekenen

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de UMC Aanvullende verzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.5.2. Wij kunnen administratiekosten, (buiten)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een

hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. Verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de UMC Aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke toestemming. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

4.2. Insturen van nota's

De kosten worden vergoed als u de originele nota naar ons opstuurt; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. Verder worden op de vergoeding ook in mindering

gebracht de kosten die hoger zijn dan de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota's zo snel mogelijk na ontvangst bij ons in te dienen. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de UMC Aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie(grondslag) van de UMC Aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de UMC Aanvullende verzekering

6.1. Begin en duur

De UMC Aanvullende verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor onbepaalde duur en in stand gehouden gedurende tenminste één vol kalenderjaar. Na afloop van deze termijn wordt de overeenkomst jaarlijks stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Einde van rechtswege

De UMC Aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Zorgverzekeraar UMC door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schade-verzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;

- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet niet-tijdig meedeelt en wij daardoor kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u terugvorderen.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de UMC Aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw UMC Aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

- U als verzekeringnemer kunt de UMC Aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:
- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de UMC Aanvullende verzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
 - bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
 - als u bij ons deelnemer bent van een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indienstreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indienstreding;
 - in de situaties vermeld in artikel 6.2.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de UMC Aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 1.8);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuist inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot nadeel voor ons (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de UMC Aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht:

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt ze namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

Artikel 7. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten als gevolg van het niet-nakomen van afspraken met zorgaanbieders;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van ons door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.
- vergoeding van kosten van zorg die in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij wij vooraf toestemming hebben verleend.

Artikel 8. Klachten en geschillen

8.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

- 8.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw UMC Aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement,

- 8.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

II. Zorgartikelen

Orthodontie

Artikel 9. Orthodontische hulp voor verzekerden tot 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)

Indicaties

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) mits de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
2. Een orthodontische afwijking door gereteneerde frontelementen mits er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling;
3. Overige orthodontische behandelindicaties.

Door

Orthodontist of tandarts.

Vergoeding

- UMC Budget: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2;
- UMC Accent: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2 en 80% tot maximaal € 1.380 voor indicatie 3;
- UMC Plus: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2, 80% van de kosten tot maximaal € 2.500 voor indicatie 3;
- UMC Top: 100% van de kosten voor indicaties 1 en 2, 100% van de kosten tot maximaal € 2.500 voor indicatie 3.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt alleen verleend als de eerste behandelingsmaand ligt voor de dag waarop de 18-jarige leeftijd wordt bereikt. Onder de eerste behandelingsmaand verstaan wij de kalendermaand waarin daadwerkelijk met de actieve behandeling wordt begonnen, bijvoorbeeld door het nemen van afdrucken voor apparatuur of het separeren van gebitselementen.

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur en niet nagekomen afspraken.

Artikel 10. Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)

Indicaties

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde fronsen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.

Door

Orthodontist of tandarts.

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicaties 1 en 2;
- UMC Top: 100% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicaties 1 en 2, voor andere orthodontische indicaties maximaal € 300 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering.

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur en niet nagekomen afspraken.

Tandheelkundige zorg

Artikel 11. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Tandarts.

Tarieflijst tandheelkunde

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarieflijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2010 bepalend.

11.1. Consuleren van de tandarts (C-codes)

Vergoeding

- Voor alle pakketten: 100% van de kosten voor een periodieke controle, incidenteel consult en schriftelijke medische anamnese (C11, C13, C22);
- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten voor vervolgsconsulten, diagnostiek en consulttoeslagen (C12, C80 t/m C87);
- UMC Top: 100% van de kosten voor vervolgsconsulten, diagnostiek en consulttoeslagen (C12, C80 t/m C87).

Niet vergoed worden

- Onderzoek en studiemodellen voor het opstellen van een behandelplan (C29);
- Planmatig beslijpen van een geheel boven- of onderfront (C65);
- Keuringsrapporten en gezondheidsverklaringen (C70, C75, C76);
- Niet nagekomen afspraken (C90).

11.2. Preventie/mondhygiëne (M-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten tot een maximum van € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.

Niet vergoed worden

Mondbeschermers (M60, M65).

11.3. Anesthesie (A-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten;
- UMC Top: 100% van de kosten.

Niet vergoed wordt

Behandeling onder algehele narcose (A20).

11.4. Röntgenonderzoek (X-codes)*Vergoeding*

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

Bijzonderheden

- Voor intra-orale röntgenfoto's (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar, voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend;
- Voor een orthopantomogram (X21, X22, X24) geldt dat er per 2 kalenderjaren* slechts 1 wordt vergoed.

11.5. Lachgas sedatie (B-codes)*Vergoeding*

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.6. Restauraties (vullingen) met plastische materialen (V-codes)*Vergoeding*

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten;
- UMCTop: 100% van de kosten.

Niet vergoed worden

- Een indirecte pulpa-overkapping (V60);
- Sealen en polijsten (V30, V35, V40).

11.7. Pulpa (tandmerg)- en wortelkanaalbehandeling (E-codes)*Vergoeding*

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

Niet vergoed worden

Bleken van tanden en kiezen (E90, E95, E97 en E98).

11.8. Chirurgische ingrepen (H-codes)*Vergoeding*

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.9. Parodontologie (tandvleesbehandeling) (T-codes)*Vergoeding*

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot maximaal € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend;
- UMCTop: 100% van de kosten tot maximaal € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.

Niet vergoed worden

- Toepassing lokaal medicament (T57);
- Gingivectomieën (T82, T83);
- Materiaalkosten bij aanbrengen regeneratiemateriaal (T84, T85).

11.10. Second Opinion (C28, U20)*Vergoeding*

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.11. Gnathologie (kaakgewrichtsbehandeling) (G-codes)*Vergoeding*

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMCTop: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Uitgebreid functieonderzoek (G01)	€ 96	€ 120
Gedocumenteerde verwijzing (G03)	€ 43	€ 55
Occlusale spalk (G62)	€ 194	€ 220
Repositie spalk (G63)	€ 245	€ 280
Controlebezoek spalk G64)	€ 19	€ 25
Indirect planmatig inslijpen (G65)	€ 210	€ 265
Occlusale opbeetplaat (G69)	€ 99	€ 110

Niet vergoed worden

- Myografie (G02);
- Biofeedbacktherapie (G66);
- Behandeling triggerpoint (G67);
- Aanbrengen front/hoek tandbegeleiding (G33);
- Alle registratiemethoden (G10 t/m G20);
- Instructie spieroefeningen (G61).

Artikel 12. Tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)**Maximum aantal prothesen**

Voor vergoeding van gebitsprothese door tandarts en/of tandprotheticus samen geldt een maximum van 2 prothesen per 5 aaneengesloten kalenderjaren*

12.1. Tandprothetische zorg door tandarts**12.1.1 Partiële prothese (P-codes)***Vergoeding*

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in hierna volgende tabel;
- UMCTop: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in hierna volgende tabel.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Partiële kunstharsprothese 1-4 el (P10)	€ 135	€ 150
Partiële kunstharsprothese 5-13 el (P15)	€ 255	€ 285
Extra individuele afdruk met randopbouw (P16)	€ 75	€ 75
Extra voor gegoten anker (P18)	€ 50	€ 55
Frameprothese 1-4 el (P34)	€ 460	€ 500
Frameprothese 5-13 el (P35)	€ 560	€ 615
Wortelkap met stift (P31)	€ 205	€ 220
Extra per precisieverankering c.q. per staafhuls (P32)	€ 225	€ 240

Geen maximum geldt voor de volgende verrichtingen

- Tissue conditioning (P56);
- Extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur (P17);
- Extra voor telescoopkroon (P33);
- Prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element (P40);
- Extra per overkapt element (P29).

12.1.2 Rebasen (P-codes)

Vergoeding

Voor UMC Budget, Accent, Plus en Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Rebasen indirect zonder randopbouw (P51)	€ 75	€ 80
Rebasen indirect met randopbouw (P52)	€ 110	€ 125
Reparatie prothese zonder afdruk (P57)	€ 45	€ 50
Reparatie prothese met afdruk (P58)	€ 75	€ 80
Uitbreiding partiële prothese (P79)	€ 85	€ 90

Bijzonderheden

De vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

12.2. Tandprothetische zorg door tandprotheticus

12.2.1. Partiële prothese

Vergoeding

80% van de kosten tot de maximumvergoeding als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Frameprothese 1-4 elementen	€ 400	€ 500
Frameprothese 5-13 elementen	€ 500	€ 625
Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen	€ 120	€ 150
Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen	€ 220	€ 275

12.2.2. Rebasen

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten (inclusief techniekkosten) tot de maximumvergoeding als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Rebasen	€ 95	€ 120
Revisie van elementen	€ 75	€ 100
Reparatie prothese te weten: breuk, scheur, vastzetten van elementen	€ 35	€ 45

Bijzonderheden

De vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

Artikel 13. Inlays, kronen en bruggen (Plus, Top)

Door

Tandarts of kaakchirurg.

13.1. Restauraties met inlays, kronen en bruggen (R-codes)

Vergoeding

- UMC Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Plus	Maximum Top
Tweevlaksinlay (R12)	€ 175	€ 220
Drievlaksinlay (R13)	€ 235	€ 300
Gegoten metalen kroon (R20, R25)	€ 280	€ 350
Jacketkroon met/zonder schouderpreparatie (R26, R27)	€ 280	€ 350
Brugtussendeel 1e dummy (R40)	€ 195	€ 245
Brugtussendeel 2e en volgende dummy in hetzelfde tussendeel (R45)	€ 95	€ 120

Bijzonderheden

Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren* worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal 6 elementen vergoed.

Niet vergoed worden

- Direct composiet inlays (R08, R09, R10);
- Eenvlaksinlay (R11);
- Extra voor aangegoten pin (R14);
- Endokroon (R28);
- Toeslag voor brug op vijf- of meer pijlerelementen (R49);
- Metalen fixatiekap en gipsslot met (extra) afdruk (R50 en R55).

13.2. Restauraties met niet-plastische materialen**Vergoeding**

- UMC Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Plus	Maximum Top
Roestvrijstalen kroon, kunst-harsconfectiekroon (R29)	€ 39	€ 50
Opbouw plastisch materiaal (R31)	€ 24	€ 30
Gegoten opbouw indirecte methode (R32)	€ 110	€ 120
Gegoten opbouw directe methode (R33)	€ 115	€ 135
Intra-coronaire brugverankering (R46)	€ 39	€ 50
Etsbrug zonder preparatie (R60)	€ 245	€ 265
Etsbrug met preparatie (R61)	€ 285	€ 315
Toeslag volgende dummy (R65)	€ 145	€ 150
Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van 2 bevestigingen (R66)	€ 32	€ 35
Kroon onder bestaand frame-anker (R70)	€ 43	€ 53
Vernieuwen porselein facet (R71)	€ 103	€ 115
Vernieuwen facet plastisch materiaal (R72)	€ 24	€ 30
Opnieuw vastzetten gegoten restauraties (R74)	€ 15	€ 20
Opnieuw vastzetten etsbrug (R75)	€ 39	€ 50
Extra voorgegoten opbouw onder bestaande kroon (R76)	€ 20	€ 25
Indirecte labiale veneering zonder preparatie (R78)	€ 170	€ 185
Indirecte labiale veneering met preparatie (R79)	€ 200	€ 220

Niet vergoed worden

- Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in facet (R73);
- Temporaire (nood)voorzieningen (R80, R85, R90).

Artikel 14. Orale implantologie in de niet-tandeloze kaak (Plus, Top)**Door**

Kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding

- UMC Plus: 90% tot maximaal € 850 voor alle kosten van plaatsing van implantaten;
- UMC Top: 100% tot maximaal € 1.075 voor alle kosten van plaatsing van implantaten.

Bijzonderheden

Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren* bestaat recht op de vergoeding zoals vermeld.

Artikel 15. Mondhygiëne en Parodontologie (Budget, Accent, Plus en Top)**Door**

Vrijgevestigde mondhygiënist.

Vergoeding

- UMC Budget: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Accent: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Plus: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Top: 100% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar.

Verwijzing door

Behandelend tandarts.

Bevalling en kraamzorg**Artikel 16. Eigen bijdrage kraamzorg (Plus en Top)****Omschrijving**

Vergoeding van de verschuldigde eigen bijdrage bij gebruik van kraamzorg die vanuit de UMC Zorgverzekering wordt vergoed.

Vergoeding

- UMC Plus: 100% tot een maximum van € 95;
- UMC Top: 100%.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Artikel 17. Vervangende kraamzorg (Budget, Accent, Plus en Top)*Omschrijving*

(Gedeeltelijke) vergoeding van kraamzorg die niet plaatsvindt op grond van de UMC Zorgverzekering, maar die door u zelf is geregeld.

17.1. Door verpleegkundige of kraamverzorgende*Vergoeding*

100% tot een maximum van € 100 per dag voor zorg waarin u zelf hebt voorzien. De vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling.

17.2. Overige kraamhulp waarin u zelf hebt voorzien*Vergoeding*

100% van de kosten tot maximaal € 296.

Bijzonderheden

Als sprake is van een klinische bevalling, dan wordt een vergoeding verleend van € 37 per dag over ten hoogste 8 achtereenvolgende in rekening gebrachte dagen minus het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

Artikel 18. Lactatiekundig consult (Accent, Plus en Top)*Door*

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Omschrijving

Vergoeding per bevalling van een lactatiekundig consult voor de moeder als er problemen zijn bij het geven van borstvoeding. De kraamverzorgende of verloskundige bepalen of dit noodzakelijk is.

Vergoeding

- UMC Accent: maximaal € 50;
- UMC Plus: maximaal € 75;
- UMC Top: maximaal € 100.

Artikel 19. Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene door een kraamcentrum (Budget, Accent, Plus en Top)*Vergoeding*

100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen. Vergoeding van verlengde kraamzorg wordt uitsluitend verleend voor kraamzorg na de 10^e dag vanaf de bevalling op grond van medische noodzaak.

Artikel 20. Kraampakket (Budget, Accent, Plus en Top)*Vergoeding*

Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.

Bijzonderheden

U krijgt alleen een kraampakket als u uw kraamzorg regelt via UMC Kraamzorg.

Paramedische zorg**Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)***Door*

- Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;
- Geriatrische fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie;
- Manueel therapeut bij manuele therapie;
- Oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie;
- Bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie;
- Oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

Indicatie

1. De indicaties zoals vermeld in Bijlage 1 van het besluit zorgverzekering
2. Alle andere medische indicaties.

Vergoeding

De maximale vergoeding per zitting is afhankelijk van de soort therapie. De maximale bedragen per soort staan in de tabel 'Maximum per zitting' weergegeven.

- Bij indicatie 1 voor UMC Budget, Accent, Plus en Top: 100% van de kosten voor de eerste 12 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
- Bij indicatie 2:
 - UMC Budget: 9 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
 - UMC Accent en UMC Plus: 18 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
 - UMC Top: 24 zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verrichtingen	Maximum per zitting
Individuele en psychosomatische fysiotherapie en individuele oefentherapie	€ 28,50
Fysiotherapie in een groep van 2 t/m 4 personen	€ 28,50
Fysiotherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,30
Oefentherapie met twee personen	€ 28,50

Verrichtingen	Maximum per zitting
Oefentherapie met drie personen	€ 25,75
Oefentherapie met vier personen	€ 20,40
Oefentherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,30
Manuele therapie	€ 42,45
Geriatrische en psychosomatische fysiotherapie	€ 42,45
Bekkenfysiotherapie	€ 42,45
Lymfoedeemtherapie	€ 42,45
Lang consult fysiotherapie	€ 40,90
Toeslag uitbehandeling	€ 13,00
Inrichtingstoeslag	€ 6,00

Bijzonderheden

1. Bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde indicatie wordt slechts vergoeding verleend voor één vorm;
2. Een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 zittingen individuele oefen- of fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26;
3. Onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell® therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.

Niet vergoed worden

Fitness (al dan niet medisch van aard), conditie-training, preventieve training of revalidatie-/reconditioneringstraining, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt en arbocuratieve- of re-integratietrajecten.

Artikel 22. Groepszwemmen voor reumapatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Fysiotherapeut.

Omschrijving

Therapeutisch zwemmen voor reumapatiënten met meerdere reumapatiënten tegelijk in extra verwarmd water.

Vergoeding

100% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicatie.

Indicatie

Alle vormen van ernstige reuma.

Verwijzing door

Medisch specialist.

Artikel 23. Podotherapie en pedicure (Accent, Plus en Top)

Door

Podotherapeut of pedicure met aantekening diabetische voet en/of reumatische voet, geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

Verwijzing door

Behandelend arts.

Bijzonderheden

1. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed bij behandeling van diabetes- en reumapatiënten;
2. De vergoeding is inclusief de door de podotherapeut voorgeschreven hulpmiddelen, met uitzondering van steunzolen. Voor de vergoeding van de kosten van steunzolen en therapiezolen, zie artikel 42.

Niet vergoed worden

De behandelingen door een podo-orthesioloog, podokinesioloog, podoloog of een chiroprist.

Artikel 24. Stottertherapie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Therapeuten die werken volgens de methode "Del Ferro", "BOMA" of "Hausdörfer" (Instituut Natuurlijk Spreken).

Vergoeding

Eenmalig 100% van de kosten tot maximaal € 400.

Indicatie

Na een voorgaande logopedische behandeling.

Bijzonderheden

Uitsluitend voor verzekerden van 7 jaar of ouder.

Artikel 25. Dieetadvisering (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Vrijgevestigde diëtist.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 13 per consult tot in totaal € 130 per kalenderjaar.

Indicatie

Algemeen door de beroepsgroep van diëtisten aanvaarde indicaties.

Verwijzing door
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 26. Zorg voor vrouwen in de overgang (Budget, Accent, Plus en Top)

Door
Overgangsconsulent van Care for Women of van de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulente.

Vergoeding
Eenmalig maximaal 4 consulten. Per consult worden 100% van de kosten tot maximaal € 50 vergoed.

Verwijzing door
Huisarts of medisch specialist.

Verwijzing door
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 29. Acnebehandeling (Budget, Accent, Plus en Top)

Door
Huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding
100% van de kosten tot maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.

Indicatie
Ernstige vorm van acne.

Verwijzing door
Huisarts of dermatoloog.

Huidbehandelingen

Artikel 27. Camouflagetherapie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door
Huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding
100% van de kosten tot maximaal € 165 per 3 kalenderjaren*, inclusief de eventuele camouflageproducten.

Indicatie
Zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Verwijzing door
Behandelend specialist.

Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg

Artikel 30. Psycho-sociale hulp aan oncologiepatienten (Budget, Accent, Plus en Top)

Door
Herstel & Balans® of therapeutisch centrum dat is aangesloten bij de federatie IPSO-Concentris.

Vergoeding
100% van de kosten tot maximaal € 445 per kalenderjaar.

Verwijzing door
Huisarts.

Artikel 28. Epilatie (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving
1. Elektrische epilatie door schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
2. Epilatie met lasertherapie door arts of huidtherapeut.

Vergoeding
100% van de kosten tot maximaal € 445 per kalenderjaar.

Indicatie
Extreme haargroei in het gelaat van de vrouw.

Artikel 31. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie (Accent, Plus en Top)

31.1. Reconstructieve chirurgie

Door
Medisch specialist.

Omschrijving
- Vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- Bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- Voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Vergoeding

100% van de kosten.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming van ons nodig.

Bijzonderheden

De toestemmingsaanvraag moet worden gericht aan onze medisch adviseur en tenminste bevatten een brief van uw behandelend specialist, die de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling vermeldt. Bij de toestemmingsaanvraag moet een medische verklaring worden meegezonden.

31.2. Cosmetische of esthetische chirurgie

Vergoeding

- 50% van het honorarium van een medisch specialist;
- 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming van ons nodig.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien naar ons oordeel sprake is van bijzondere medische omstandigheden.

psychiater en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Vergoeding

UMC Plus en Top: maximaal € 1.000.

Artikel 34. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie (Accent, Plus en Top)

Door

Medisch specialist.

Vergoeding

UMC Accent, Plus en Top: 100% van de kosten.

Artikel 32. Circumcisie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Huisarts of medisch specialist.

Omschrijving

Medisch noodzakelijke besnijdenis van de man.

Vergoeding

Maximaal € 600.

Artikel 33. Neurofeedback (Plus en Top)

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar. Neurofeedback is een, door verschillende (buitenlandse) onderzoeken bewezen effectieve, behandelmethode bij ADHD en ADD. Door middel van training functioneren de hersenen beter. U kunt zich beter concentreren, waardoor (psychische) problemen verminderd kunnen worden.

Indicatie

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Door

Psychotherapeut (BIG), klinisch (neuro)psycholoog,

Geneesmiddelen en vitamines

Artikel 35. Vitamines (Budget, Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten.

Indicatie

Chronische ziekte die gepaard gaat met een ernstig vitaminetekort.

Bijzonderheden

Het eerste voorschrift voor de vitaminepreparaten moet zijn afgegeven door een medisch specialist.

Artikel 36. Geneesmiddelen (Plus, Top)

Door

Apotheek of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding

- 100% voor de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed volgens zorgverzekering tot;
- UMC Plus: maximaal € 200 per kalenderjaar;
 - UMC Top: maximaal € 300 per kalenderjaar.

Verblijf in een instelling

Artikel 37. Behandeling in een kuuroord (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de behandeling plaatsvindt in een door ons aangewezen kuuroord (de lijst met aangewezen kuuroorden staat vermeld op onze website).

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 885 per kalenderjaar.

Indicatie

Ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, artritis psoriatica of morbus Forestier.

Verwijzing door

Medisch specialist.

Toestemming

U hebt voorafgaande aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Niet vergoed worden

De kosten van uw verblijf in het kuuroord.

Artikel 38. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Een herstellingsoord of zorghotel dat door ons is aangewezen (de zorggids met de door ons aangewezen herstellingsoorden en zorghotels staat op onze website).

Omschrijving

1. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel dat door ons is aangewezen of;
2. Meerdaagse vakantie-reizen van Stichting de Zonnebloem of het Rode Kruis.

Vergoeding

50% van de kosten voor verblijf gedurende maximaal 6 weken.

Indicatie

- Herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis;
- Herstel na medisch specialistisch ingrijpen als dagelijkse somatische zorg en/of observatie noodzakelijk is;
- Herstel na mentale overbelasting of;

- Het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.

Artikel 39. Logieskosten (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Een verblijf van naaste familie of verzorgers van minderjarige kinderen in een logeerkamer dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 18 per dag.

Bijzonderheden

- Uitsluitend recht op vergoeding indien de kosten van opname in een ziekenhuis in Nederland worden vergoed op grond van de Zorgverzekering;
- De vergoeding geldt ook voor overnachtingen van een verzekerde waarvoor twee dagbehandelingen in een ziekenhuis op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Artikel 40. Verblijf in een hospice voor terminale patiënten (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Verblijf in een door Zorgverzekeraar UMC aangewezen centrum voor zorg aan terminale patiënten.

Door

Een door ons erkend hospice / Bijna-Thuis-Huis. Op www.palliatief.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/ Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 130 per dag.

Artikel 41. Verblijf in een therapeutisch kinderkamp (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Verblijf in een therapeutisch kamp van verzekerden tot 16 jaar gedurende maximaal één maand per kalenderjaar.

Door

- Vergoeding wordt uitsluitend verleend voor verblijf in een vakantie-kamp van de volgende organisaties:
- Stichting De Luchtballon voor astmatische kinderen;
 - Diabetes Vereniging Nederland;
 - Stichting Kinderoncologische vakantie-kampen.

Vergoeding

100% van de kosten.

Hulpmiddelen

Artikel 42. Steunzolen en therapiezolen (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 190 per kalenderjaar.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist, dit voorschrift moet u met de rekening meesturen.

Artikel 43. Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen (Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D, inclusief bijbehorend brilmontuur en kosten van aanmeting.

Vergoeding

Per periode van twee aaneengesloten kalenderjaren* is recht op de vergoeding zoals hieronder vermeld;

- UMC Accent: 100% tot maximaal € 93;
- UMC Plus en Top: 100% tot maximaal € 186.

Bijzonderheden

1. Voor kinderen t/m 16 jaar geldt een termijn van één kalenderjaar;
2. Bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van twee aaneengesloten kalenderjaren* één extra bril of paar contactlenzen vergoed tot genoemd maximum;
3. De vergoeding wordt ook verleend als de verzekerde in plaats van brillenglazen of contactlenzen een laserbehandeling of lensimplantatie ondergaat.

Artikel 44. Steunpessarium (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 45. Suppousekousen (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal 4 paar per kalenderjaar.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist; dit voorschrift moet u met de rekening meesturen.

Artikel 46. Wekapparatuur/plaswekker (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

- 100% van de huurkosten (maximaal 3 maanden) of 100% van de kosten voor aanschaf van wekapparatuur/plaswekker;
- 100% van de kosten van de bijbehorende bandages.

Bijzonderheden

- Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding voor kinderen van 5 tot 12 jaar oud;
- Vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist met de rekening wordt meegestuurd.

Artikel 47. Hoortoestellen en pruiken (Top)

Omschrijving

Gedeeltelijke vergoedingen van het verschil tussen de aankoopprijs en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

- Hoortoestel: maximaal € 200;
- Pruik: maximaal € 100.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt uitsluitend verleend per hoortoestel en/of pruik welke vergoed of verstrekt is op grond van de artikelen 2.14 en 2.18 van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 48. Krukken (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

1. U ontvangt één paar krukken in bruikleen als u deze korter dan 26 weken nodig hebt;
2. U ontvangt een vergoeding voor de aankoopprijs van één paar krukken, als u deze langer dan 26 weken nodig hebt. Deze krukken blijven uw eigendom.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Door

1. Als u recht hebt op krukken in bruikleen kunt u terecht bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. U vindt een overzicht van deze zorgverleners in de zorggids op onze website;
2. Als u recht hebt op vergoeding van de aanschafkosten van krukken, kunt u terecht bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Vergoeding

100%.

Niet-reguliere behandelwijzen

Artikel 49. Niet-reguliere behandelwijzen (Budget, Accent, Plus en Top)

49.1 Consulten en/of behandeling

Door

1. Artsen, niet zijnde huisarts of specialist;
2. Acupuncturisten;
3. Klassiek homeopaten;
4. Een therapeut van wie de behandelingen en consulten vallen onder de volgende stroming:
 - antroposofie,
 - homeopathie,
 - natuurgeneeswijzen,
 - psychosociale zorg,
 - alternatieve beweegzorg.

U vindt de zorggids, waarin alle alternatief therapeuten, acupuncturisten en klassiek homeopaten vermeld staan, op onze website.

Omschrijving

Consulten en/of behandelingen.

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 100% van de kosten van de onder 1 t/m 3 genoemde behandelaren tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar;
- UMC Top: 100% van de kosten tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 340 per kalenderjaar.

49.2. Zorg door een chiropractor (D.C.)

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar.

49.3. Zorg door een osteopaat (D.O.)

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar.

Artikel 50. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Homeopathische en antroposofische middelen die volgens de Geneesmiddelenwet (Stb2007, 93) als homeopathische geneesmiddelen worden aangemerkt.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 260 per kalenderjaar.

Voorschrift

Een arts of een behandelaar als bedoeld in artikel 49.

Bijzonderheden

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Preventieve zorg

Artikel 51. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Geleverd door

Apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Recept (voorschrift)

U hebt een recept van uw huisarts of medisch specialist nodig voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

100% tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Artikel 52. Vervangende mantelzorg (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Stichting Handen in huis.

Omschrijving

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt deze zorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent.

Vergoeding

- UMC Budget en Accent: maximaal € 625 per kalenderjaar;
- UMC Plus: maximaal € 1.250 per kalenderjaar;
- UMC Top: maximaal € 1.875 per kalenderjaar.

Artikel 53. Sportgeneeskunde (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Door

Sportarts werkzaam in een Sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 100% van de kosten tot maximaal € 55 per kalenderjaar;
- UMC Top: 100% van de kosten tot maximaal € 75 per kalenderjaar.

Artikel 54. Medische check-up (Top)

Door

Huisarts of ziekenhuis.

Vergoeding

Maximaal € 55 per twee aaneengesloten kalenderjaren*.

Artikel 55. Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding (Top)

Door

Thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG, Oranje Kruis of patiëntenvereniging aangesloten bij NPCF of RPCP en in geval van cursus gericht op zwangerschap en bevalling ook yogadocenten aangesloten bij VVYN en de verloskundige(praktijk).

Omschrijving

1. Cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de levensstijl van de verzekerde, bijvoorbeeld cursussen gericht op zwangerschap en bevalling, voeding, eerste hulp aan kinderen, cursussen van Stichting De Helderheid;
2. Cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Vergoeding

UMC Top: maximaal € 75 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt ook verleend voor een cursus Stoppen met roken van Allen Carr, het Rook-Stop-Plan van Mediq of georganiseerd door de GGD.

Artikel 56. Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland (Top)

Door

GGD, huisarts, Travel Health Clinics of binnen een Universitair Medisch Centrum.

Vergoeding

UMC Top: 80% van de kosten tot maximaal € 175 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Bij de vergoeding zijn de kosten voor eventuele malaria-tabletten inbegrepen.

Buitenland

Artikel 57. Ziekenvervoer vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde vanuit het buitenland. Het vervoer dient te zijn verzorgd door de UMC Alarmcentrale.

Artikel 58. Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)*Vergoeding*

100% van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend als:

1. het vervoer is verzorgd door de UMC Alarmcentrale,
2. de overledene bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Artikel 59. Spoedeisende en niet spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)**59.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.****59.1.1. Werelddekking**

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

59.1.2. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de UMC Zorgverzekering worden de kosten vergoed van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Niet vergoed worden de kosten

- Die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- Verband houdend met onderzoek dat of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
- Vallend onder het gekozen eigen risico in de UMC Zorgverzekering.

59.1.3. Risicodekking

Volledige vergoeding van de kosten met dien verstande dat de kosten uitsluitend worden vergoed voor zover vergoeding zou hebben plaatsgevonden, als de kosten in Nederland waren gemaakt.

59.1.4. Uitbetaling

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's en berekend naar de koers die gold op de uitschrijfdatum van de rekening.

Bijzonderheden

- Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling is het noodzakelijk onze

Alarmcentrale in te schakelen, het telefoonnummer staat voorin de voorwaarden. Zonder inschakeling van onze Alarmcentrale wordt de vergoeding van de kosten berekend op basis van tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden;

- Kosten van repatriëring worden vergoed volgens artikel 57 en 58.

59.2. Niet-spoedeisende zorg**59.2.1. Werelddekking**

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

59.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de UMC Aanvullende verzekering waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen.

Niet vergoed worden de kosten

- Die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- Van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling.

59.2.3. Risicodekking

Vergoeding van de kosten op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

59.2.4. Uitbetaling

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in euro's en berekend naar de koers die gold op de uitschrijfdatum van de rekening.

III. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Chiropractor: een in Nederland gevestigde chiropractor die is ingeschreven in het register van chiropractoren van de Stichting Nationaal Register van Chiropractoren of de Stichting Chiropractie Nederland of lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen Zorgverzekeraar UMC en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een UMC Zorgverzekering en eventuele UMC Aanvullende verzekering te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met Zorgverzekeraar UMC als onderdeel van de UMC Zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

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

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Gezin: de verzekeringnemer, alsmede diens partner met wie hij is gehuwd of waarvan het partnerschap is geregistreerd of met wie hij duurzaam samenwoont en/of de kinderen, pleegkinderen of aangehuwde kinderen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Een vrijgevestigde mondhygiënist is niet in loondienst van een tandarts, maar is volledig zelfstandig.

Osteopaat: een in Nederland gevestigde osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of die lid is van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Podotherapeut: een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Sportmedische instelling: een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandtechnicus: een gediplomeerde kracht die vak-kundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.

Toestemming: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons aan u wordt verstrekt voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg. Wij kunnen de toestemming ook sturen naar de zorgverlener die namens u de toestemming heeft aangevraagd.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

UMC Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering, die als aanvulling op de UMC Zorgverzekering kan worden gesloten. Binnen deze verzekering kan worden gekozen tussen de pakketten UMC Budget, UMC Accent, UMC Plus en UMCTop.

UMC Zorgverzekering: een tussen Zorgverzekeraar UMC en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het door ons afgegeven polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met ons een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten

Zorgverzekeraar UMC (wij/ons): N.V. Zorgverzekeraar UMC, gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09154428. Zorgverzekeraar UMC is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001037. Zorgverzekeraar UMC is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar UMC aangeduid met 'wij' en 'ons'.

De zorgverzekering voor universitair medische centra

Meer informatie

Heeft u na het lezen van dit overzicht nog vragen of wilt u meer informatie, neem dan contact met ons op. UMC Zorgverzekering is telefonisch bereikbaar op werkdagen via 0900 8018 van 8.00 tot 20.00 uur. Een e-mail sturen kan ook via vraagumc@vgziza.nl.



UMC Zorgverzekering 'Als geen ander'

De eigen zorgverzekering van en voor universitair medische centra, dat is UMC Zorgverzekering. Als geen ander speelt UMC Zorgverzekering in op uw specifieke behoeften als lid van een bijzondere beroepsgroep én als individu of gezinslid. U kunt met de UMC Zorgverzekering rekenen op een scherpe prijs-kwaliteitverhouding, ruime keuzevrijheid en uitstekende service. De uitvoering van de UMC Zorgverzekering is in vertrouwde handen bij 'Univé-VGZ-IZA-Trias', één van de grootste zorgverzekeraars van Nederland.

www.umczorgverzekering.nl