Verzekeringsvoorwaarden UMC Zorgverzekering 2013

De zorgverzekering voor universitair medische centra

| als geen ander |

umc zorgverzekering

Welkom bij NV Zorgverzekeraar UMC

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.

Met vriendelijke groeten,
Zorgverzekeraar UMC

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Klantenservice	0900 - 80 18 (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.
Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders	Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.umczorgverzekering.nl/zorggids of hiervoor bellen met onze klantenservice.
Ziekenvervoer	Wilt u een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen bij onze klantenservice.
Zorgadvies en bemiddeling	Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling op nummer 0900 - 80 18 (lokaal tarief).
UMC Alarmcentrale	+31 (0)40 29 75 690 (+= internationaal toegangsnummer)
UMC Kraamzorg	0900 - 99 77 442 (€ 0,10 per minuut)
Aanvragen toestemming	U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar: Zorgverzekeraar UMC Postbus 25150 5600 RS Eindhoven U kunt in deze verzekeringsvoorwaarden terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.
Insturen nota's	Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar: Zorgverzekeraar UMC Postbus 25030 5600 RS Eindhoven

Inhoudsopgave

I. Algemeen gedeelte 4

Artikel 1. Verzekerde zorg 4
Artikel 2. Algemene bepalingen 6
Artikel 3. Premie 8
Artikel 4. Overige verplichtingen 10
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden 10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de UMC Zorgverzekering 10
Artikel 7. Verplicht eigen risico 12
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico 13
Artikel 9. Buitenland 13
Artikel 10. Klachten en geschillen 14

II. Zorgartikelen 15

Geneeskundige zorg 15
Artikel 11. Huisartsenzorg 15
Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg) 15
Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg 16
Artikel 14. Medisch specialistische zorg 18
Artikel 15. Revalidatie 19
Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek 20
Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits-bevorderende behandelingen 20
Artikel 18. Audiologische zorg 21
Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie 22
Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen 22
Artikel 21. Dyslexiezorg 23
Artikel 22. Stoppen-met-rokenprogramma 23

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 24
Artikel 23. Eerstelijnspsychologische zorg 24
Artikel 24. Specialistische GGZ 25

Paramedische zorg 26
Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck 26
Artikel 26. Logopedie 27
Artikel 27. Ergotherapie 28
Artikel 28. Dieetadvisering 28

Mondzorg 28
Artikel 29. Tandheelkundige zorg 28
Artikel 30. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder 29

Farmaceutische zorg 30
Artikel 31. Geneesmiddelen 30
Artikel 32. Dieetpreparaten 32

Hulpmiddelenzorg 33
Artikel 33. Hulpmiddelen en verbandmiddelen 33

Verblijf in een instelling 34
Artikel 34. Verblijf 34

Ziekenvervoer 35
Artikel 35. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer 35

Zorgbemiddeling 36
Artikel 36. Zorgadvies en bemiddeling 36

III. Begripsomschrijvingen 37

IV. Trefwoordenregister 39

UMC Zorgverzekering 2013

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.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag 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. Ons telefoonnummer staat 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. Wie mag de zorg verlenen

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 zijn die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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 waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? 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. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum 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 brengen wij een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek
- Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.
- Voeg de originele nota('s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
- U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
- Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.

1.7. Rechtstreekse betaling
Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten
Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening 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. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.
Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift
Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming
U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan.
Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

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 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten 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 muiterij, 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 natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden 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 voor Terrorismeschaden (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 Afwikkeling claims.
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.

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 of per e-mail hebt doorgegeven.
Na het sluiten van de UMC Zorgverzekering, 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.

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. Zolang u verzekeringsplichtig bent, 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;
- het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
- Reglement farmaceutische zorg UMC;
- Reglement hulpmiddelen UMC;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

U kunt deze documenten vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude
Als u fraude pleegt vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoons-

gegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.
Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:
- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

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

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

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. Uw persoonsgegevens gebruiken wij:
- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

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.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders
Als wij uw nota's 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.
Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk of per e-mail aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie 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 of per e-mail opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeen-

komst 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. U kunt de premiebijlage vinden op onze website of telefonisch opvragen.
Ons telefoonnummer staat 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 de 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 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 termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
3.4.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden
U kunt ons machtigen voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.

Deze kosteloze betaalmogelijkheid geldt ook als uw werkgever de premie op uw salaris inhoudt en deze aan ons afdraagt.

Kosten voor betaling per papieren acceptgiro
Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden, dan ontvangt u een papieren acceptgiro. U betaalt dan per acceptgiro € 0,50. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 0,50.

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 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 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
   - uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;

b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;

c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u een ander hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

3.6.7.

a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.

b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting tijdig hebben ontvangen, zullen wij een onderzoek instellen. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.

c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.

3.6.8. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het 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 rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het CVZ als:

a. u de premieachterstand tijdig hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;

b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CVZ, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onderdeel van de melding bij het CVZ vormt onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen.

3.6.9. Wij stellen u en het CVZ meteen op de hoogte van de datum waarop:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.
De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.

3.6.10. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.

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 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 6 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 1 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. Als u verzekeringsplichtig bent en in afwachting bent van afgifte van een BSN, kunt u als verzekerde worden ingeschreven.

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 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.

6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de UMC Zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld:
U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond 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.
  Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- 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 of per e-mail 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 of per e-mail 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 gebruikmaken 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 2 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 2 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 een bewijs van einde met de volgende informatie:
- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de UMC Zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

a. u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CVZ binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CVZ u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
c. u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen.

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 € 350 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 18e 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). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- 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;
- 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 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

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. Ons telefoonnummer staat 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: € 350 x 30 gedeeld door 365 is € 28,77 en wordt afgerond op € 29.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 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 € 350 x 30 gedeeld door 365 is € 28,77 en wordt afgerond op € 29. Het totale eigen risico bedraagt € 37 (€ 29 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 eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
b. de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
c. de 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 of per e-mail 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 hebt u voor zorg recht op:

- 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. Wij vergoeden de kosten 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.

Europese gezondheidskaart (EHIC)
Op de achterzijde van uw zorgpas is de EHIC afgedrukt. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

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. Wij vergoeden de kosten 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.

Let op
De kosten in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten van een behandeling in Nederland. Wij vergoeden de kosten 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
Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de UMC Alarmcentrale. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste
Is naast de toestemming voor het inroepen 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).

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). 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
- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden 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 over formulieren. 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.

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 (kinderwensconsult).

   Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:
   - korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
   - intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel). De behandeling bestaat uit ten minste 4 contacten van ten minste 10 minuten in een periode van één tot enkele maanden.

   Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:
   - adviezen over 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 over 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);
   - doppleronderzoek (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 anticonceptie-middel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
   - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
   - therapeutische injecties.

Wie mag de zorg verlenen
Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physisian assistent (PA) of praktijkondersteuner.

Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg)

Omschrijving
U hebt recht op vergoeding van de kosten van een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):
1. diabetes mellitus type 2;
2. COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem), of;
3. cardiovasculair risicomanagement.

De inhoud en de bekostiging van deze zorgprogramma's is vastgesteld volgens de beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgprogramma's (ketenzorg)
Zorgprogramma's 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.

Wie mag de zorg verlenen
Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden, welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico en de zorgstandaarden kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van de zorg verleend door de individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen.

Bijzonderheden
Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op vergoeding van de kosten van deze zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. 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 medisch noodzakelijk is.
Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
  als u een kinderwens hebt, kunt u gebruikmaken 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-weken echo;
- combinatietest:
  u kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:
  1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
  2. de nekplooimeting 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-weken echo (SEO):
  met de twintig-weken echo 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.

Wie mag de zorg verlenen
Verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatietest en de twintig-weken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafspraak 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?

Omschrijving	Opgenomen in uw UMC Zorgverzekering?
Bevalling thuis	Ja
Verblijfskosten in geval van een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	€ 197 per dag (€ 229 minus € 32 voor de eigen bijdrage kraamzorg). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 13.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Bevalling met medisch noodzaak in een ziekenhuis	Ja

Let op
Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

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

13.2. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Eigen bijdrage
U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4 per uur voor kraamzorg thuis;
- € 16 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum, een ziekenhuis

of andere instelling, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum, het ziekenhuis of andere instelling in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 114,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld
Als u in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u voor de verblijfskosten recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is 2 x € 114,50 is:	€ 229 per dag
Af: Eigen bijdrage is 2 x € 16 is:	€ 32 per dag
Vergoeding vanuit de UMC Zorgverzekering is:	**€ 197 per dag**

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 197 per dag zelf moet bijbetalen.

Let op
Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
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 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website of UMC Kraamzorg. Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Welke kraamzorg is opgenomen in uw UMC Zorgverzekering?

Omschrijving	Opgenomen in uw UMC Zorgverzekering?
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis of in een geboortecentrum bij een bevalling zonder medische noodzaak	Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 16 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u voor de verblijfskosten het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief van het ziekenhuis of het gecontracteerde geboortecentrum, en de maximale vergoeding van € 114,50 per dag. Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 197 per dag (€ 229 minus € 32 per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.
Kraamzorg in een ziekenhuis bij een bevalling met medische noodzaak	Ja

Let op
Verblijfskosten worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

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.

Artikel 14. 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;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van radiofrequente denervatie. De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) financiert een onderzoek naar deze behandeling. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling als uw indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel;
- percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk). De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) financiert een onderzoek naar deze behandeling. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling als uw indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel;
- intra-arteriële thrombolyse (IAT) bij het herseninfarct. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling als uw indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie “Multicenter Rondomized Clinical trial of Endovasculair treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)”;
- 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:
  - alle zorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van uw medisch specialist, en/of;
  - de medisch specialist de enige is die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen, en/of;
  - het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren en waarvoor de medisch specialist in de regel opdracht geeft.

  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;
e. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist.

Verwijsbrief
Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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 (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglid correcties.
- *KNO-heelkunde:*
  oorschelp correcties 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).

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 behandelingen van plastischchirurgische aard is geregeld in artikel 19, 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 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Voor meer informatie over thuisdialyse kunt u onze website raadplegen.
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 en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 24, Specialistische GGZ;
   - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 29, Tandheelkundige zorg.

Artikel 15. Revalidatie

15.1. Revalidatie

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (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 kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Wie mag de zorg verlenen
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.

15.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
U hebt maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:
1. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 34, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en;
2. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie
Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Wie mag de zorg verlenen
Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering 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.

Wie mag de zorg verlenen
Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijsbrief
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Bent u op 31 december 2012 43 jaar of ouder en bent u op die datum al gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF? Dan hebt u recht op afronding van die poging voor rekening van uw zorgverzekering.
Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo wordt teruggeplaatst.
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:
a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;

b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 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 3 IVF-pogingen?
Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Wie mag de zorg verlenen
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 31, Geneesmiddelen.

IVF in het buitenland
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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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 en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wie mag de zorg verlenen
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 31, Geneesmiddelen.

Artikel 18. Audiologische zorg

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- 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.

Wie mag de zorg verlenen
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 gehoorapparatuur is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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 gehemeltespleten, 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.

Wie mag de zorg verlenen
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. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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:
a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 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;
e. 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;
f. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist.

Artikel 21. 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 2013 begint op 7, 8, 9, 10, 11 of 12-jarige 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 zenuwprikkels 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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen
Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van de dyslexiezorg is in handen van de gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
De gezondheidszorgpsycholoog moet zijn ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of moet het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie hebben.
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 22. 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 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen
Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken. De geneesmiddelen mogen worden geleverd door de Nationale Apotheek, apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 23. Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving
U hebt recht op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal 5 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, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie.
  U hebt recht op 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 3 andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als er sprake is van een subklinische paniekstoornis waarbij geïndiceerde preventie van angststoornissen aangewezen is;
- begeleiding bij het stoppen met roken die gericht is op gedragsverandering in een groep of individueel;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) om herhaling van depressieve klachten te voorkomen;
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. De programma's Beating the Blues en Kleur je leven mogen worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt ook niet verstaan:
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. U hebt wel recht op vergoeding van de kosten van behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg.

Wie mag de zorg verlenen
Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of orthopedagoog.

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 Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN).
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) of lid zijn bij de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).
De gedragstherapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCt).
De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
De orthopedagoog moet in het bezit zijn van het diploma orthopedagogiek van een in Nederland erkende universiteit en ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) met de registraties "NVO Basis-Orthopedagoog" of "NVO Basisaantekening diagnostiek".
De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van

pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
De psycholoog moet naast het lidmaatschap van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) ook zijn ingeschreven in een van de volgende Registers van het NIP:
- Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog Specialist NIP;
- Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP;
- Psycholoog Arbeid en Gezondheid NIP;
- Psycholoog Mediator NIP.

Een psycholoog die beschikt over het 'dienstmerk Psycholoog NIP' voldoet ook aan onze voorwaarden.
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 € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject.

Berekening aantal zittingen
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 ¼ van € 20 is € 5;
- een consult gezinstherapie 2 ouders telt als een halve zitting per ouder. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per ouder van ½ van € 20 is € 10.

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.

Artikel 24. Specialistische GGZ

Omschrijving
U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters 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 behandeldoel 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.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. U hebt wel recht op vergoeding van de kosten van behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

Wie mag de zorg verlenen
Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.
De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van deze zorg is in handen van de psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De eindverantwoordelijkheid van psychogeriatrische zorg mag ook in handen zijn van de klinisch geriater.

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.

Paramedische zorg

Artikel 25. 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 de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. 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 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:
- u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. 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 20 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.

Chronische lijst
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 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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

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

De geriatrisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Waar mag de zorg worden verleend
Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

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).

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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden. 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	geen vergoeding	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen *LET OP*: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e 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

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).
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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 26. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Logopedist.
Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.
De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:
- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Waar mag de zorg worden verleend
Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden
Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:
- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 27. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Ergotherapeut.

Waar mag de zorg worden verleend
Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis.
Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 28. Dieetadvisering

Omschrijving
Uw recht op vergoeding van de kosten van dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, tot maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.

Dieetadvisering als onderdeel van een zorgprogramma
Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd cardiovasculair risico hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvisering voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

Wie mag de zorg verlenen
Diëtist.

Mondzorg

Artikel 29. Tandheelkundige zorg

29.1. 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); 1 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 het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 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.

Wie mag de zorg verlenen
Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Toestemming
U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten.
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.2. 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. 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-kaakmondstelsel 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 over het algemeen 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.

Let op
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 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken.

Gebitsprothese op implantaten
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 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese op implantaten wilt in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de kosten hiervan niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen
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 als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. 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.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijzing door
Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming
U hebt voorafgaande toestemming nodig.
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.3. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Kaakchirurg.

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

Artikel 30. 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.

Wie mag de zorg verlenen
Tandarts 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:
   - € 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.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese
U hebt recht op vergoeding van de kosten van een gebitsprothese (kunstgebit) 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 29.2. 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.

Farmaceutische zorg

Artikel 31. 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.
Deze zorg omvat ook:
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen:
met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij preferente geneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op vergoeding van de kosten van levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen 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 voorkeursgeneesmiddel 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 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeermiddelen, 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.

Wie mag de zorg verlenen
Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage
U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen
De minister van 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 waarmee wij voor de betreffende zorg 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 waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. 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;
   - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
   - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
   - advies farmaceutische zelfzorg;
   - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
   - advies ziekterisico bij reizen;
   - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
   - 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 bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen
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 alleen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorragie (als er sprake is van bloedarmoede).
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.

Artikel 32. 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:
a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
b. lijdt aan een voedselallergie;
c. lijdt aan een resorptiestoornis;
d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Wie mag de dieetpreparaten leveren
Linde Homecare, MediqTefa, apotheker of apotheekhoudend huisarts. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Linde Homecare en MediqTefa.

Let op
Gaat u voor dieetpreparaten naar een andere (zorg)-aanbieder dan Linde Homecare, MediqTefa, apotheker of apotheekhoudend huisarts? Dan hebt u geen recht op vergoeding.
Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)
Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming
U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts of diëtist een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.
Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts of diëtist ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden.
Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.
Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg 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.
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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

Dieetproducten (geen vergoeding)
Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 33. 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 het Reglement hulpmiddelen UMC hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen UMC opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekt Zorgverzekeraar UMC in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het 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:
- of u recht hebt op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;
- 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. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders
Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg 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.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren
Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.
In het Reglement hulpmiddelen UMC vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen
Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continentieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor uw ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl.
Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

De kosten van de incontinentiezorgservice en de persoonlijke begeleiding komen ten laste van uw zorgverzekering. De kosten hiervan worden in mindering gebracht op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Bruikleen
Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Houdt u 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 verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

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

Verwijsbrief
In het Reglement hulpmiddelen UMC kunt u terugvinden voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

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 waarmee wij voor de betreffende zorg 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 waarmee wij voor de betreffende zorg 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 gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid schade aan het hulpmiddel ontstaat, hebt u binnen de gebruikstermijn 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 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. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Verblijf in een instelling

Artikel 34. 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 mag het verblijf plaatsvinden
Het verblijf mag plaatsvinden 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 (WTZi) deze stelt aan een instelling.

Op voorschrift van
Verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden
Onderbrekingen van maximaal 30 dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

Artikel 35. 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;

Wat wordt verstaan onder ambulancevervoer?
Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevalslachtoffers 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;

Wanneer komt u in deze situatie in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?
Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden.
Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vergoeding van de kosten van vervoer te kunnen beoordelen.

   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 moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. 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 2 begeleiders toestaan.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
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 € 0,31 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 € 95 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.
De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat 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 36. Zorgadvies en bemiddeling

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 aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. 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 (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) 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 opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)-verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Geboortecentrum: eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg die gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling wordt verleend), waarvan het beheer en exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is 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 voor wie het 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).

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: 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 de Coöperatie VGZ U.A. 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	Pagina
A		
Algemene bepalingen	2	6
Ambulancevervoer	35	35
Apotheekhoudend huisarts	31, 32	31, 32
Apotheker	31, 32	31, 32
Arts	23	24
Audiologische zorg, audiologisch centrum	18	21
Auto, vervoer met eigen	35	35
AWBZ, AWBZ-instelling	35	35
B		
Begin, duur en beëindiging van de UMC Zorgverzekering	6	10
Begripsomschrijvingen	Hfd. III	38
Bekkenfysiotherapeut	25	26
Bemiddeling, zorgadvies en bemiddeling	36	36
Bevalling	13	16
Bijzondere tandheelkunde	29.2	28
Buitenland	9	13
C		
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	29.2	28
Centrum voor erfelijkheidsadvies	16	20
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	25	26
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	29.3	29
Chronisch intermitterende beademing	13	16
Circumcisie	14	18
Cognitief therapeut	23	24
Collectieve overeenkomst	3, 6	8, 10
Coöperatie	2	6
Counseling	13	16
D		
Dieetpreparaten	32	32
DNA-onderzoek	16	20
Donor	20	22
Dyslexiezorg	21	23
E		
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijns-psycholoog	23	24
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8	12, 13
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	16	20
Ergotherapeut, ergotherapie	27	28
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	9	13

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
F		
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	31, 32	30, 32
Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	17	20
Fraude	2.4	6
Fysiotherapeut	25	26
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	25	26
G		
Gebitsprothese	30	29
Gedragstherapeut	23	24
Gehoorapparatuur	18	21
Gehoorfunctie, onderzoek	18	21
Geneeskundige zorg	11 t/m 22	15 t/m 23
Geneesmiddelen	31	30
Geschillen, klachten en geschillen	10	14
Gezondheidszorgpsycholoog	23	24
GGZ	23, 24	24, 25
GGZ-instelling	24	25
H		
Huidtherapeut	25	26
Huisarts, huisartsenzorg	11	15
Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	33	33
I		
ICSI	17	20
Implantaten	29, 30	28, 30
Instelling	34	34
In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits-bevorderende behandelingen	17	20
J		
Jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg	14	18
K		
Kaakchirurg, kaakchirurgie	29.3	29
Kinder- en jeugdpsycholoog	23	24
Kinderfysiotherapie, -therapeut	25	26
Klachten en geschillen	10	14
Klinisch psycholoog	24	25
Kraamzorg	13	16
L		
Logopedie, logopedist	26	27

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
M		
Manuele therapie, manueel therapeut	25	26
Medicijnen, zie geneesmiddelen		
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	14	18
Mensendieck, oefentherapie	25	26
Mondhygiënist	29.1	28
Mondzorg	29, 30	28, 29
O		
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	25	26
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/ Mensendieck	25	26
Orgaantransplantatie	20	22
Orthodontische zorg, orthodontist	29.2	28
Orthopedagoog	23	24
Orthopedagoog-Generalist	21, 23	23, 24
Overige verplichtingen	4	10
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7	6, 12
P		
Paramedische zorg	25 t/m 28	26 t/m 28
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	19	22
Preconceptiezorg	11, 13	15, 16
Premie	3	8
Premie(grondslag) en voorwaarden	3, 5	8, 10
Prenatale screening	13	16
Prothetische voorzieningen	29.1, 30	28, 30
Psychiater	24	25
Psychotherapeut	24	25
R		
Reglement farmaceutische zorg UMC	2, 7, 31	6, 12, 29
Reglement hulpmiddelen UMC	2, 33	6, 33
Revalidatie, revalidatie-instelling	15	19
S		
Second opinion door een medisch specialist	14	18
Seksuoloog	23	24
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	14	18
Specialistische GGZ	24	25
Sterilisatie	14	18
Stoppen met roken	11 t/m 14, 22 en 23	15 t/m 18, 23 en 24
Stoppen-met-rokenprogramma	22	23
Stottertherapeut	26	27
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	13	16

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
T		
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	29.2	28
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	29.2	28
Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	29.1	28
Tandprotheticus	29.1, 30	28, 29
Taxivervoer	35	35
Thuisdialyse	14	18
Toestemming	1, 9	4, 13
Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9	13
Transplantatie van weefsels en organen	20	22
Trombosedienst	14	18
U		
Uitsluitingen	1.11	5
UMC Alarmcentrale	9	13
V		
Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	13
Verblijf, verblijf in een instelling	34	34
Verdragsland	9	13
Verloskamer	13	16
Verloskundige zorg, verloskundige	13	16
Verpleegkundige	11, 14	15, 18
Verplichtingen, overige	4	10
Vervoer, zie ziekenvervoer		
Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.9	5
Verwijzing en/of toestemmingsvereiste, buitenland	9	13
W		
Wachtlijstbemiddeling, Zorgadvies en bemiddeling	36	36
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	10
Z		
Ziekenhuis	13, 14, 15, 20, 34	16, 18, 19, 22, 34
Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	35	35
Zorgbemiddeling, zorgadvies en bemiddeling	36	36
Zorgpolis	2	6

Meer informatie

Hebt u na het lezen van deze voorwaarden nog vragen, kijk dan op www.umczorgverzekering.nl of neem contact met ons op. UMC Zorgverzekering is telefonisch bereikbaar via 0900 - 80 18 (lokaal tarief) op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur. Een e-mail sturen kan ook: 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 Coöperatie VGZ U.A.

www.umczorgverzekering.nl

D4102-201210

© 2012 NV 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.