

Verzekeringsvoorwaarden

Geldig vanaf 1 januari 2012



OHRA Zorg Compact
Natura
en Aanvullende
Verzekeringen

Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekeringen

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2012

De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen

INDEX

ALFABETISCHE LIJST VERGOEDINGEN	4
ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)	8
HOE WERKT DIT BOEKJE?	8
=====	9
HOOFDSTUK A	9
ALGEMENE VOORWAARDEN BASISVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	9
=====	9
A.0. INLEIDING	9
A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	13
A.2. BASIS VAN UW VERZEKERING	17
A.3. INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING	18
A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING	19
A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	19
A.6. WANNEER BEËINDIGEN WIJ DE VERZEKERING?	20
A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN	21
A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN	22
A.9. BETALINGSACHTERSTAND	22
A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING	23
A.11. VERANDERING VAN PREMIEGRONDSLAG	24
A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO	24
A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO	26
A.14. ALGEMENE VERPLICHTINGEN	26
A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE	27
A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE	27
A.17. ZORGVERLENERS	28
A.18. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING	29
A.19. NOTA'S	30
A.20. ALGEMENE UITSLUITINGEN	31
A.21. GESCHILLEN	32
A.22. KLACHTEN	33
A.23. NEDERLANDS RECHT	33
A.24 . WAT ALS SITUATIE NIET IS GEREgeld?	33
=====	34
HOOFDSTUK B	34
BESCHRIJVING ZORG IN BASISVERZEKERING	34
=====	34
B.0. INLEIDING	34
B.1. RECHT OP ANDERE ZORG	34
B.2. BUITENLANDZORG	34
B.3. HUISARTSENZORG	35
B.4. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	36
B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING	44
B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING	46
B.7. ZORG NA DE BEVALLING	47
B.8. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK	48
B.9. ERGOTHERAPIE	49
B.10. LOGOPEDIE	49
B.11. KETENZORG	50
B.12. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	50
B.13. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR	52
B.14. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER	53
B.15. GENEESMIDDELEN	54
B.16. DIEETPREPARATEN	59

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

B.17. HULPMIDDELENZORG.....	60
B.18. ZIEKENVERVOER.....	61
B.19. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ).....	64
B.20. DYSLEXIEZORG	67
B.21. PREVENTIE	68
B.22. VOORWAARDELIJKE ZORG	68
=====	69
HOOFDSTUK C.....	69
ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	69
=====	69
C.0. INLEIDING	69
C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	69
C.2. BASIS VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING EN NIET-ZORGVERZEKERING.....	70
C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING.....	71
C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING.....	71
C.5. VERZWIJGING	71
C.6. BEËINDIGEN OF WIJZIGEN.....	71
C.7. HOOGTE PREMIE EN KOSTEN.....	72
C.8. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING.....	72
C.9. VERGOEDING.....	72
C.10. ALGEMENE UITSLUITINGEN.....	73
C.11. AFWIJKENDE VOORWAARDEN.....	74
=====	78
HOOFDSTUK D.....	78
BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN.....	78
=====	78
D.0. INLEIDING	78
D.1. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	78
D.2. PREVENTIE.....	82
D.3. GENEESMIDDELEN.....	85
D.4. HULPMIDDELENZORG	88
D.5. STOTTERTHERAPIE	95
D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ).....	95
D.7. ALTERNATIEVE ZORG.....	97
D.8. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	98
D.9. KUURBEHANDELING	100
D.10. HUIDTHERAPIEËN	101
D.11. OBESITAS BEHANDELING	102
D.12. ZIEKENVERVOER.....	102
D.13. VERBLIJF	105
D.14. BUITENLANDZORG	109
D.15. VOETBEHANDELING	111
D.16. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK.....	112
D.17. ERGOTHERAPIE.....	112
D.18. DIEETADVISING	112
D.19. ZORG VOOR DE BEVALLING	113
D.20. ZORG TIJDENS DE BEVALLING.....	114
D.21. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG	115
D.22. BEWEEGPROGRAMMA'S	117
D.23. THUISZORG / HUISHOUDELIJKE VERZORGING	118
BIJLAGE 120	

ALFABETISCHE LIJST VERGOEDINGEN

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekering	
	artikel	bladzijde	artikel	bladzijde
Acnebehandeling			D.10.3.	102
ADL-hulpmiddelen			D.4.11.	92
Adoptie, kraamzorg			D.21.8.	117
Adoptie, medische screening			D.2.4.	83
Alarmering (persoons)			D.4.16.	94
Alarmering (epilepsie)			D.4.20.	95
Allergeenvrije schoenen	B.17.	60	D.4.19.	94
Alternatieve behandelingen			D.7.1.	97
Alternatieve geneesmiddelen			D.7.2.	97
Andere zorg	B.1.	34		
Anticonceptiemiddelen (anticonceptiva)	B.15..1.	52	D.3.5.	87
Audiologische zorg	B.4.13.	43		
Beademing, mechanisch	B.4.9.	42		
Behandeling tegen snurken			D.1.8.	81
Besnijdenis (circumcisie)			D.1.5.	80
Bewakingsmonitor (thuis)			D.4.10.	92
Beweegprogramma's, algemeen			D.22.1.	117
Beweegprogramma's, in bijzondere gevallen			D.22.2.	118
Bezoekkosten			D.12.3.	104
Borstprothese, vervanging	B.4.5.1.b.	39	D.1.9.	81
Braces en bandages			D.4.18.	94
Brillen en contactlenzen			D.4.7.	90
Buitenlandzorg	B.2.	34	D.14.	109
Buitenlandzorg, inenting en tabletten			D.2.3.	83
Buitenlandzorg, niet-spoedeisend	B.2.	34	D.14.2.	110
Buitenlandzorg, spoedeisend	B.2.	34	D.14.1.	109
Camouflagetherapie			D.10.4.	102
Circumcisie (besnijdenis)			D.1.5.	80
Condoms			D.4.17.	94
Consulten voor vrouwen			D.2.5.	84
Contributie patiëntenvereniging			D.2.9.	85
Cosmetische behandelingen			D.1.7.	81
Couveuse nazorg			D.21.5.	116
Cursus			D.2.8.	85
Cursus rondom de bevalling			D.19.2.	113
Dialyse zonder opname	B.4.8.	41		
Dieetadvisering			D.18.	112
Dieetadvisering chronisch zieken	B.11.2.	50		
Dieetpreparaten (drink- en sondevoeding)	B.16.	59		
Dyslexiezorg	B.20.	67		
Correctie van de bovenoogleden	B.4.5.1.c.	39	D.1.6.	80
Correctie van de oorstand (flaporen)			D.1.3.	79
Echoscopie	B.5.2.	45		
Eigen bijdrage geneesmiddelen	B.15.1.2.	55	D.3.2.	86
Eigen bijdrage hospice			D.13.7.	108
Eigen bijdrage kraamzorg			D.21.2.	115
Eigen bijdrage poliklinische bevalling			D.20.1.	114
Epilepsie alarmering			D.4.20.	95
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	B.4.12.	43		

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekering	
	artikel	bladzijde	artikel	bladzijde
Ergotherapie, algemeen	B.9.	49	D.17.1.	112
Ergotherapie, instructie mantelzorgers			D.17.2.	112
Extra kraamzorg			D.21.4.	116
Farmaceutische zorg: zie geneesmiddelen				
Fysiotherapie en oefentherapie	B.8.	48	D.16.	112
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), eerstelijns	B.19.(1.)	64	D.6.2.	96
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), specialistisch	B.19.2.	65		
Geneesmiddelen, algemeen	B.15.1.	54	D.3.1.	85
Geneesmiddelen, anticonceptie			D.3.5.	87
Geneesmiddelen bij erectiestoornissen			D.3.3.	86
Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt	B.15.5.	59		
Geneesmiddelen, eigen bijdrage	B.15.1.2.	55	D.3.2.	86
Geneesmiddelen, geregistreerd	B.15.3.	58		
Geneesmiddelen, medicatiebeoordeling	B.15.2.	57		
Geneesmiddelen, overige			D.3.4.	87
Geneesmiddelen, zelfzorgmiddelen	B.15.4.	58		
Gezichtshulpmiddelen			D.4.7.	90
Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)			D.1.4.	79
Gezondheids cursussen			D.2.8.	85
Gezondheids cursussen rondom de bevalling			D.19.2.	113
Herstel & Balans			D.6.1.	95
Herstellingsoord			D.13.6.	108
Hoortoestel	B.17.	60	D.4.5.	89
Hospice, eigen bijdrage			D.13.7.	108
Huidtherapieën			D.10.	101
Huisartsenzorg	B.3.	35		
Huishoudelijke verzorging / thuiszorg			D.23.	118
Hulpmiddelen ADL			D.4.11.	92
Hulpmiddelen voetbehandeling			D.4.9.	91
Hulpmiddelenzorg, algemeen	B.17.	60	D.4.(1.)	88
Hulpmiddelenzorg, huur	B.17.	60	D.4.13.	93
Inloophuizen			D.6.3.	96
Inschrijving en intake kraamzorg	B.5.4.	46		
IVF (In Vitro Fertilisatie)	B.4.14.	43		
Kamp, therapeutisch			D.13.1.	105
Klasseverpleging			D.13.3.	106
Ketenzorg, algemeen	B.11.(1)	50		
Kinderopvang			D.13.9.	108
Kraamzorg / Zorg na de bevalling	B.7.	47	D.21.	115
Kraamzorg bij adoptie			D.21.8.	117
Kraamzorg, eigen bijdrage			D.21.2.	115
Kraamzorg, extra			D.21.4.	116
Kraamzorg, inschrijving en intake	B.5.4.	46		
Kraamzorg na ziekenhuisopname			D.21.6.	116
Kraamzorguitkering			D.21.3.	115
Kuurbehandeling			D.9.	100
Lactatiekundige zorg			D.21.1.	115
Lichttherapie, UV-B			D.10.1.	101
Lichttherapie tegen winterdepressie			D.6.4.	96
Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten			D.13.4.	106
Logeerkosten			D.13.2.	105
Logopedie	B.10.	49		

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekering	
	artikel	bladzijde	artikel	bladzijde
Mechanische beademing	B.4.9.	42		
Medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik	B.15.2.	57		
Medisch specialistische zorg, algemeen	B.4.1.	36	D.1.(0).	78
Medisch specialistische zorg met opname	B.4.2.	37		
Medisch specialistische zorg zonder opname	B.4.3.	37		
Medische screening bij adoptie			D.2.4.	83
Mondzorg, alle leeftijden (algemeen)	B.12.	50	D.8.1.	98
Mondzorg, alle leeftijden (gebitsprotheses)			D.8.3.	99
Mondzorg, alle leeftijden (kronen, bruggen, inlays)			D.8.2.	98
Mondzorg, alle leeftijden (orthodontie)			D.8.5.	100
Mondzorg, alle leeftijden (overige)			D.8.4.	99
Mondzorg, verzekerden jonger dan 18 jaar	B.13.	52		
Mondzorg, verzekerden van 18 jaar en ouder	B.14.	53		
Obesitasbehandeling			D.11.	102
Oefentherapie, Cesar / Mensendieck	B.8.	48	D.16.	112
Ondersteuning thuissituatie			D.13.8.	108
Onderzoek naar kanker bij kinderen	B.4.10.	42		
Onderzoek, preventief			D.2.2.	82
Ongedaan maken sterilisatie			D.1.2.	79
Ontharing			D.10.2.	101
Ooglaseren			D.1.4.	79
Ooglidcorrectie	B.4.5.1.c.	39	D.1.6.	80
Oorcorrectie (flaporen)			D.1.3.	79
Orgaantransplantatie	B.4.7.	40		
Orthodontie			D.8.5.	100
Orthopedische- en aangepaste schoenen	B.17.	60	D.4.2.	88
Patiëntenvereniging, contributie			D.2.9.	85
Pedicurebehandeling, bijzondere gevallen	B.3.1.a. / B.4.3.1.a.	35, 38	D.15.3.	111
Persoonsalarmering			D.4.16.	94
Plastische chirurgie	B.4.5.	39		
Plaswekker			D.4.6.	90
Podotherapeutische zooltjes			D.4.9.	91
Podotherapie / podologie: zie voetbehandeling				
Poliklinische bevalling / zorg tijdens de bevalling	B.6.	46	D.20.1.	114
Preventie	B.21.	68	D.2.	82
Preventie voor reizen naar buitenland			D.2.3.	83
Preventieve inenting			D.2.1.	82
Preventieve onderzoeken			D.2.2.	82
Prenatale screening	B.5.3.	45	D.19.1.	113
Pruik (of andere hoofdbedekking)	B.17.	60	D.4.4.	89
Psychologische zorg, eerstelijns	B.19.1.	64	D.6.2.	95
Psychotherapie	B.19.2.	65		
Reiskosten gezonde moeder			D.21.7.	116
Reiskosten ouders			D.12.2.	104
Revalidatie	B.4.6.	40		
Schoenen, allergeenvrij	B.17.	60	D.4.19.	94
Schoenen, aangepaste en orthopedische	B.17.	60	D.4.2.	88
Second opinion	B.4.15.	44		
Snurken, behandeling tegen			D.1.8.	81
Specialistische GGZ	B.19.2.	65		
Specialistische zorg: zie medisch specialist. zorg				

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekering	
	artikel	bladzijde	artikel	bladzijde
Sportmedisch advies (sportarts, sportkeuring)			D.2.6.	84
Sterilisatie			D.1.1.	78
Sterilisatie, ongedaan maken			D.1.2.	79
Steunpessarium			D.4.14.	93
Steunzolen			D.4.8.	91
Stottertherapie			D.5.	95
Tandheelkundige zorg: zie mondzorg				
TENS bij bevalling			D.20.2.	114
Teststrips diabetespatiënten			D.4.15.	93
Therapeutisch kamp			D.13.1.	105
Thuisbewakingmonitor			D.4.10.	92
Thuiszorg / huishoudelijke verzorging			D.23.	118
Thuisverzorgingsartikelen			D.4.12.	92
Transplantatie (orgaan)	B.4.7.	40		
Traumaverwerking			D.6.5.	97
Trombosedienst	B.4.11.	42		
UV-B lichtapparatuur			D.10.1.	101
Verbandschoenen	B.17.	60	D.4.3.	89
Verblijf			D.13.	105
Verloskundige zorg	B.5.1.	44		
Verpleging zonder opname	B.4.4.	38		
Vervangen borstprothese	B.4.5.1.b.	39	D.1.9.	81
Vervoer: zie ziekenvervoer				
Verzorgingsartikelen (thuis)			D.4.12.	92
Voedingsadvies			D.2.7.	84
Voetbehandeling, algemeen			D.15.(1.)	111
Voetbehandeling, bijzondere gevallen	B.3.1.a. / B.4.3.1.a.	35, 38	D.15.2. / D.15.3.	111
Voetbehandeling, hulpmiddelen			D.4.9.	91
Voorwaardelijke zorg	B.22.	68		
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	B.4.14.	43		
Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse			D.13.3.	106
Ziekenhuiszorg: zie medisch specialistische zorg				
Ziekenvervoer, algemeen	B.18.(1.)	61	D.12.(1.)	102
Ziekenvervoer per ambulance	B.18.2.	62		
Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi	B.18.3.	63	D.12.1.	102
Zorg na de bevalling	B.7.	47	D.21.	115
Zorg tijdens de bevalling	B.6.	46	D.20.	114
Zorg TV			D.13.5.	107
Zorg voor de bevalling	B.5.	44	D.19.	113

ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

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

Hebt u zorg nodig uit de AWBZ?

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

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

Premie en eigen bijdrage AWBZ

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

Meer informatie over AWBZ

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

HOE WERKT DIT BOEKJE?

Aan de hand van het voorbeeld "ergotherapie" laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken:

1. Alfabetische lijst vergoedingen
U zoekt Ergotherapie op, onder de "e" in de "Alfabetische lijst vergoedingen" voorin dit boekje.
2. Basisverzekering
In de tweede kolom vindt u het artikelnummer en de bladzijde waarop de dekking van de basisverzekering staat. In artikel B.9. leest u dat u recht hebt op vergoeding tot maximaal 10 behandelingen per jaar. Ook leest u aan welke voorwaarden voldaan moet worden en wat er eventueel niet onder deze vergoeding valt.
3. Aanvullende verzekering
In de derde kolom vindt u het artikelnummer en de bladzijde waarop de dekking van de aanvullende verzekering staat. In artikel D.17.1. leest u waar u recht op hebt en wat de voorwaarden zijn. Ook leest u dat u op uw Vergoedingen Overzicht kunt zien hoe hoog die vergoeding is.
4. Vergoedingen Overzicht
U kijkt op uw Vergoedingen Overzicht of artikel D.17.1. is opgenomen in uw aanvullende verzekering en wat de hoogte van de vergoeding is. Komt Ergotherapie, artikel D.17.1. niet voor op uw Vergoedingen Overzicht, dan hebt u geen recht op vergoeding. Behalve de vergoeding uit de basisverzekering.

Let op!

In de hoofdstukken A. en C. staan alle algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering en/of aanvullende verzekering.

HOOFDSTUK A

ALGEMENE VOORWAARDEN BASISVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

A.0. INLEIDING

Wij kunnen een of meer van de volgende basisverzekeringen aanbieden:

- een Zorgverzekering Natura;
- een Zorgverzekering Restitutie;
- een Zorgverzekering Natura direct; of
- een andere basisverzekering, die is gebaseerd op een van de drie hiervoor genoemde zorgverzekeringen.

Daarnaast kunt u een keuze maken uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden.

Kijk op uw polis welke basisverzekering u hebt en of u ook een aanvullende verzekering hebt. Hoofdstukken A en B gelden voor alle basisverzekeringen. Hoofdstukken A, C en D gelden voor de aanvullende verzekeringen. Voor de door u gekozen basisverzekering en aanvullende verzekering(en) kunnen bovendien bijzondere bepalingen gelden. In onderstaand overzicht ziet u welke bijzondere bepalingen op u van toepassing zijn.

	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz.
<p>A.0.1. Aard van uw zorgverzekering Natura / Natura direct Uw basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en is een zogenaamde "natura-verzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op zorg.</p> <p>Restitutie Uw basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en is een zogenaamde "restitutie-verzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg.</p> <p>Aanvullende Verzekeringen De aanvullende verzekeringen zijn zogenaamde "restitutieverzekeringen". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg.</p>	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz
<p>A.0.2. Hoogte vrijwillig eigen risico (aanvullend bij A.13.2.) U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.</p>	Natura	Restitutie		

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

<p>U kunt alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.</p> <p>Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.</p>			Natura direct	Aanv Verz
<p>A.0.3. Afspraken met zorgverleners (extra voorwaarde bij A.17.3) Voor een groot deel van de hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten hebben wij met bepaalde zorgverleners "internetovereenkomsten hulpmiddelen" en/of "internetovereenkomst geneesmiddelen en dieetpreparaten" gesloten. Hierbij mag de zorgverlener alleen leveren na bestelling via internet. Een overzicht van zorgverleners waarmee wij een "internetovereenkomst" hebben, kunt u vinden op onze internetsite. U vindt daar ook een overzicht van de geneesmiddelen, dieetpreparaten en hulpmiddelen waarvoor wij zulke "internetovereenkomsten" hebben afgesloten. Al deze informatie kunt u ook bij ons opvragen.</p>			Natura direct	
<p>A.0.4. Overeenkomst met zorgverlener eindigt tijdens uw behandeling (extra voorwaarde bij A.17.) Dit is het geval wanneer u wordt behandeld door een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten die bij het begin van uw behandeling nog van kracht was. Gedurende maximaal 12 maanden nadat uw behandeling begon bij een zorgverlener die geen overeenkomst meer met ons heeft, vergoeden wij deze zorg alsof wij met de zorgverlener waar u behandeld wordt wel een overeenkomst hebben gesloten.</p>	Natura		Natura direct	Aanv Verz
<p>A.0.5. Overstap zorgverzekeraar tijdens uw behandeling (extra voorwaarde bij A.17.) U houdt recht op vergoeding van zorg die u voortzet bij de zorgverlener met wie uw vorige zorgverzekeraar een overeenkomst had afgesloten. Dit geldt ook als wij geen overeenkomst met deze zorgverlener gesloten hebben, of niet op tijd alsnog een overeenkomst kunnen sluiten, of wij er niet voor kunnen zorgen dat de zorg op tijd geleverd wordt. De kosten van deze zorg worden dan vergoed alsof de zorg is verleend door een zorgverlener waar wij wel een overeenkomst mee hebben gesloten.</p>	Natura		Natura direct	Aanv Verz
<p>A.0.6. Tarieven In het Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening volledig vergoeden. Voor de vergoeding van zorg hanteren we verschillende tarieven: - afgesproken tarief; - gedeclareerd tarief; - marktconform tarief. In het schema in de Bijlage (achterin dit boekje) kunt u zien wat voor tarief wij voor u per situatie vergoeden. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:</p> <p>a. Afgesproken tarief Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden dan de behandeling volgens het afgesproken tarief.</p> <p>In afwijking van bovenstaande geldt dit afgesproken tarief bij "hulpmiddelenzorg", als het gaat om hulpmiddelen die zijn geleverd door</p>	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz
	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz
			Natura direct	

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

<p>een zorgverlener met "internetovereenkomst" voor die hulpmiddelen. Als wij voor die hulpmiddelen alleen een andere overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst", hebben gesloten met de zorgverlener, geldt artikel A.0.6.b. (kijk ook in artikel A.0.9.).</p>				
<p>b. Verlaagd tarief (75%) Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Wij verlagen de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief.</p>	Natura		Natura direct	
<p>Bovenstaande verlaagde tarief geldt bij "hulpmiddelenzorg", voor zover het gaat om hulpmiddelen die een zorgverlener met "internetovereenkomst" kan leveren, ook als het om een zorgverlener gaat waarmee wij wel een overeenkomst, maar geen "internetovereenkomst" hebben gesloten (kijk ook in artikel A.0.9).</p>			Natura direct	
<p>c. Volledig tarief (100%) Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.</p>	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz
<p>Dit volledige tarief geldt in afwijking van b. alleen als:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of 2) u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of 3) de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden; of 4) u acute zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing noodzakelijk; of 5) u van ons een akkoordverklaring hebt gekregen voor zorg door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. 	Natura		Natura Direct	
<p>d. Gedeclareerde tarief Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit.</p>	Natura	Restitutie	Natura direct	Aanv Verz
<p>A.0.7. Internetovereenkomst geneesmiddelen (extra voorwaarde bij B.15.1.) a. Zorgverleners met een "internetovereenkomst". U hebt aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten die u</p>			Natura direct	

Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

<p>bestelt bij landelijk werkende zorgverleners waarmee wij een "internetovereenkomst" hebben gesloten. U hoeft dan namelijk niet zelf een deel te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage).</p> <p>b. Zorgverleners met een overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst". U krijgt dan vergoed op basis van het tarief dat we met deze zorgverleners op grond van de gewone inkoopovereenkomst hebben afgesproken.</p> <p>c. Zorgverleners zonder een overeenkomst. U kunt in artikel A.0.6. onder b, c en d lezen hoeveel wij in dat geval vergoeden.</p> <p>De vereisten uit dit artikel zijn niet van toepassing op geneesmiddelen die als bedoeld artikel B.15.1.5.b uit het buitenland worden ingevoerd.</p>				
<p>A.0.8. Plaats (extra voorwaarde bij B.15.1.7., B.16.2. en B.17.5.) Als levering plaatsvindt door een zorgverlener waar wij een "internetovereenkomst" mee hebben gesloten, mag deze alleen op uw woonadres leveren. De vereisten uit dit artikel zijn niet van toepassing op geneesmiddelen die als bedoeld artikel B.15.1.5.b uit het buitenland worden ingevoerd.</p>			Natura direct	
<p>A.0.9. Internetovereenkomst hulpmiddelen (extra voorwaarde bij B.17) a. Zorgverleners met een "internetovereenkomst". Een groot aantal hulpmiddelen kunt u het beste bij de kleine groep landelijk werkende zorgverleners bestellen waar wij een "internetovereenkomst" mee hebben gesloten. U hoeft dan namelijk niet zelf een deel te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage).</p> <p>b. Zorgverleners met een overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst" 1. Een aantal hulpmiddelen kan niet door de zorgverleners met een "internetovereenkomst" worden geleverd. U kunt voor deze hulpmiddelen naar één van de vele zorgverleners waarmee wij een overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst", gesloten hebben. U hoeft bij deze zorgverleners in dat geval dan ook niet zelf een deel te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage). 2. Als een hulpmiddel wel door een zorgverlener met internetovereenkomst geleverd kan worden, maar u toch naar een zorgverlener gaat met wie wij wel een overeenkomst hebben, maar geen "internetovereenkomst", dan geldt hetzelfde als onder c.</p> <p>c. Zorgverleners zonder overeenkomst U kunt dan in artikel A.0.6. lezen hoeveel wij in dat geval vergoeden.</p>			Natura direct	

A.0.10. Indeling verzekeringsvoorwaarden

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw basisverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de basisverzekeringen die geen zorgverzekering zijn;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht

kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de basisverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;
- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

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

Aanvullende verzekering

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

Akkoordverklaring

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

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

Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Apotheekhoudende

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

Basisverzekering

Een overeenkomst van verzekering die u kunt afsluiten en die zelfstandige dekking biedt zonder dat die een aanvulling zijn op een andere verzekering. Een basisverzekering kan een zorgverzekering zijn maar ook een verzekering die niet een zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet, een zogenaamde "niet-zorgverzeke-

ring".

Bedrijfsarts

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

Behandeling

Het (fysieke) contact met een of meer zorgverleners waarbij aan u zorg wordt verleend of u wordt geadviseerd. Onder behandeling verstaan we niet cursussen. Per dag vergoeden wij maximaal één behandeling van dezelfde soort, tenzij uitdrukkelijk in deze Verzekeringsvoorwaarden of op uw Vergoedingen Overzicht anders staat aangegeven. Bij vergoeding gaan we uit van de datum van de behandeling, niet de notatum.

Bekkenfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut staat geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland.

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid.

Dagbehandeling

Het verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie bedoeld voor medisch onderzoek en/of medische behandeling, zonder dat sprake is van opname.

DBC: Diagnose Behandeling Combinatie

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs. Zie ook begrip "DBC op weg naar transparantie (DOT)".

Diëtist

De diëtist heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici..

DOT: DBC Op weg naar Transparantie

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

Echoscopist

Degene die een (para-)medische opleiding op hbo-niveau hebben afgerond en werkzaam zijn in of betrokken zijn bij de medische beeldvorming / echoscopie.

Eerstelijns zorg (eerstelijnsgezondheidszorg)

Eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns psycholoog

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

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de basisverzekering gedekt is, maar die u gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

De ergotherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

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

Geriatrisch fysiotherapeut

De fysiotherapeut die als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Huidtherapeut

De huidtherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

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

Huisartsendienstenstructuur

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

Instelling voor medisch specialistische zorg

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

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrij-

ven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.

- Als wij alleen een Z.B.C. bedoelen, schrijven wij dit zo: Z.B.C. (instelling voor medisch specialistische zorg).
- In de gevallen dat we ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch specialistische zorg'.

Jaar

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

Jeugdarts

Een arts die in de jeugdgezondheidszorg werkt en is ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid of als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) zijn ingesteld.

Kinderfysiotherapeut

De fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Kinderoefentherapeut

De oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd daarnaast staat in het Register Verbijzonderde Oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Klinisch psycholoog

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

Laboratoriumonderzoek

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

Logopedist

De logopedist heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

(Medisch) adviseur

De arts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons in medische, fysiotherapeutische of andere situaties adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Niet-zorgverzekering

Een basisverzekering die geen zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet en alleen afgesloten kan worden en van kracht is als er geen verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet bestaat.

Oedeemfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

De oefentherapeut heeft de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval

Een plotselinge onvrijwillige inwerking van geweld op het lichaam die schadelijk is voor de gezondheid.

Opname

Het verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie bedoeld voor medisch onderzoek en/of medische

behandeling. Dat verblijf begint vóór 20.00 uur en duurt tenminste tot 10.00 uur van de volgende dag. Dagbehandeling is geen opname.

Orthodontist

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

Pedicure

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

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

Polis

Het bewijs van verzekering.

Podotherapeut

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

Preventie

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

Psychiater

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

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswe-

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

Schriftelijk

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

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Bij de behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Specialist ouderengeneeskunde

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is:

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

Verzekerde

Degene voor wie zorg en/of kosten van zorg zijn verzekerd. De verzekerde heeft recht op verzekerde zorg en/of vergoeding van de verzekerde kosten. In de verzekeringsvoorwaarden spreken

wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met “u” en “uw”. Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van “u (verzekerde)” en “uw (verzekerde)”.

Verzekering

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

- a. basisverzekering;
- b. aanvullende verzekering.

Als de verzekering uit een combinatie van twee of meerdere van de hiervoor genoemde overeenkomsten van verzekering bestaat, dan bevat die combinatie slechts één basisverzekering.

Verzekeringnemer

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

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder “instelling voor medisch specialistische zorg”.

Zenuwarts

Een arts die als zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die zich bezighoudt met psychiatrische stoornissen die te beschouwen zijn als hersenziekten.

Ziekenhuis

Zie onder “instelling voor medisch specialistische zorg”.

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekering

Een basisverzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorg-

verzekeringwet.

A.2. BASIS VAN UW VERZEKERING

A.2.1. Basis

U hebt bij ons een verzekering afgesloten. Wij leggen de overeenkomst vast in de polis. Wij sturen u deze polis jaarlijks toe.

A.2.2. Verzekeringplicht

U kunt bij ons een zorgverzekering afsluiten als u volgens de Zorgverzekeringwet verzekeringplichtig bent.

A.2.3. Basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- a. deze verzekeringsvoorwaarden;
- b. het aanmeldformulier en de gegevens die u daarop hebt ingevuld of een derde namens u daarop heeft ingevuld;
- c. de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de verzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde gegeven;
- d. de polis en polisaanhangsels;
- e. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

A.2.4. Basis van zorgverzekering

De zorgverzekering is verder ook gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringwet;
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e. interpretaties van het College voor Zorgverzekeringen CVZ (zogenaamde “standpunten”).

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

A.2.5. Informatie van derden

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

A.2.6. Contractspartij

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

A.2.7. Controle van de polis

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. U moet de gegevens op het po-

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

A.2.8. Uw pasje

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

A.2.9. Geldige verzekeringsvoorwaarden

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

A.2.10. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij de verzekeringsvoorwaarden ook uitgeven in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg daarvan bestaan tussen de Nederlandse versie en de versie in de andere taal, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij in ons bezit hebben.

A.2.11. Wat sturen wij u toe?

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

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

aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite vinden.

A.3. INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING

Kijk ook in artikel A.0.1.

A.3.1. Zorgbemiddeling

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

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Een basisverzekering kan een zorgverzekering zijn maar ook een andere verzekering (een niet-zorgverzekering).

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

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

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

Toelichting:

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

schappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. onderdelen b. en c. omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden.

A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. Als u op dat moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was en u in uw verzoek hebt aangegeven dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polis staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

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

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

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

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

A.4.4. Verzekeringsduur

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

A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

A.5.1. Herroepen van uw verzekering

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

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

Voldoet u niet aan deze verzekeringsvoorwaarden, dan kunnen wij de verzekering niet beëindigen door herroeping.

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

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

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari.

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

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden

te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat.

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

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

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

A.5.5. Bij verandering van werkgever

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

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

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

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

schriftelijk op **nadat** de nieuwe verzekering is ingegaan, dan eindigt de verzekering na afloop van een volledige kalendermaand.

A.5.7 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

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

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

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

A.6. WANNEER BEËINDIGEN WIJ DE VERZEKERING?

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

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

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

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

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

- we het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons

werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee kalendermaanden van tevoren op de hoogte;

- b. uw (verzekerde) verzekeringsovereenkomst eindigt doordat u niet meer op basis van de AWBZ verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

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

A.6.4. Fraude

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

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

A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN

A.7.1. Kosten

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

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

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

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel

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

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder a. en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag - dit is de brutopremie - waarvan de volgende kortingen als die van toepassing zijn, worden afgetrokken:

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

A.7.4. Tot 18 jaar

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

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

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

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

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

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

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

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

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

ontvangen.

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

A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN

A.8.1. Wie betaalt premie?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

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

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling of een premienota. Bij een internetverzekering is alleen automatische incasso mogelijk. Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De eigen bijdrage en/of het eigen risico betaalt u op dezelfde manier als uw premie. Wanneer het gaat om een bedrag dat hoger is dan € 1.500,- krijgt u altijd een acceptgiro, ook al hebt u een machtiging afgegeven voor automatische incasso.

A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerden) nog van ons tegoed hebt.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerde) van ons krijgt op grond van de verzekeringen die u bij ons hebt gesloten.

A.9. BETALINGSACHTERSTAND

A.9.1. Eerste aanmaning en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting voldoet, kunnen wij de volgende maatregelen treffen:

- Wij sturen u een aanmaning om de kosten binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen;
- Betaalt u niet binnen veertien dagen na ontvangst van de aanmaning, dan hebt u vanaf de vijftiende dag gerekend vanaf de aanmaning geen recht meer op dekking van zorg(schorsing). Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft uw betalingsverplichting bestaan. U hebt weer recht op dekking vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen bij ons binnen zijn.

A.9.2. Tweede aanmaning en beëindiging

Betaalt u na de eerste aanmaning niet, dan kunnen wij de volgende maatregelen treffen:

- wij sturen u een tweede aanmaning om de kosten binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. Wij treffen ook maatregelen tot incasso;
- wij kunnen uw verzekering beëindigen, maar niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de kosten verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was.

A.9.3. Verdragingschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons voor de verdragingschade, de wettelijke rente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u de kosten om de bedragen bij u te innen (incassokosten), volledig betalen.

A.9.4. Betalingsachterstand twee maanden

Als wij bij u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand van twee maanden constateren bieden wij u een betalingsregeling aan. Deze bevat in ieder geval:

- uw (verzekeringnemer) machtiging tot maandelijks incasso of uw opdracht aan een derde tot inhouding van betreffende bedragen en rechtstreekse doorbetaling aan ons;
- afspraken voor betaling van de betalingsachterstand inclusief rente en incassokosten;
- onze toezegging om de verzekering niet te beëindigen, niet te schorsen of de dekking niet op te schorten vanwege de betalingsachter-

stand, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht niet intrekt.

Deze betalingsregeling dient u (verzekeringnemer) binnen vier weken te aanvaarden.

A.9.5. Betalingsachterstand vier maanden

Als de betalingsachterstand vier maanden betreft, delen wij u (verzekeringnemer) mee, dat wij dit bij het CVZ gaan melden zodra de betalingsachterstand zes maanden betreft. U (verzekeringnemer) hebt vier weken de gelegenheid de betalingsachterstand of de hoogte ervan te betwisten. Dan nemen wij uw (verzekeringnemer) betwisting in onderzoek.

A.9.6. Inning door CVZ

Vanaf het moment dat u een betalingsachterstand van zes kalendermaanden hebt, treedt voor uw zorgverzekering een andere regeling in werking. U moet vanaf de zevende kalendermaand iedere kalendermaand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. Deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering bedraagt honderddertig procent (130%) van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald.

A.9.7. Aflossen schuld

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

- a. U lost altijd eerst de schuld af van uw basisverzekering die u bij ons hebt gesloten en pas daarna de schuld van uw aanvullende verzekering(en);
- b. U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af. Als de openstaande schuld bestaat uit bedragen uit meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald, kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet in zijn geheel betaald worden.

A.9.8. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons hebt afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één kalendermaand vooruit te betalen en daarvoor betaaltermijnkorting krijgt, maar u niet hebt betaald binnen veertien dagen na de eerste aanmaning, kunnen we voor de verzekeringen waar u verzekeringnemer voor bent uw betalingsperiode

omzetten naar één kalendermaand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het vervallen van de betaaltermijnkorting geeft u geen recht om uw verzekering op te zeggen.

A.9.9. Geen betalingsachterstand meer

Wij delen u (verzekeringnemer) mee wanneer u niet langer verplicht bent om de bestuursrechtelijke premie te betalen en uw (verzekeringnemer) plicht herleeft uw normale kosten aan ons te betalen. Die plicht herleeft op de eerste dag van de maand waarin:

- a. uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
- b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementwet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
- c. u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling die tot stand is gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en waaraan ten minste ook wij deelnemen.

A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

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

- a. de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- b. onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt. Wij vergoeden geen nota's totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- a. Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- b. Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen we de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet

betalen voor de nieuwe verzekering(en).

- c. Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. VERANDERING VAN PREMIE-GRONDSLAG

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

A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO

A.12.1. Hoogte

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 220,- voor een heel jaar. Dit betekent dat u de eerste € 220,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

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

A.12.2. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 220,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

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

Voorbeeld:

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

- b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
- c. De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.a. is verstreken.
- d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
1. een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 2. kosten die te maken hebben met:
 - a. de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - b. de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - c. de plaats van de praktijk of instelling.
- Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een overeenkomst hebben afgesloten. In deze overeenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;
- e. De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:
1. u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 2. u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.
- Welke zorgverleners of gezondheidsprogramma's dit zijn kunt u zien in de "Lijst met zorgverleners en programma's buiten het verplicht eigen risico", die bij deze verzekeringsvoor-

waarden hoort. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

- f. De kosten van ketenzorg;
- g. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

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

A.12.3. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico.

Voorbeeld:

U hebt in een jaar drie zittingen eerstelijns psychologische zorg gehad van een instelling waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten. De kosten van deze zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet u hiervoor per zitting € 20,- zelf betalen. Het gaat om een nota van € 240,- (€ 80,- per zitting x 3 zittingen). U zou van ons € 180,- vergoed krijgen (3 x € 80,- min 3 x € 20,-). Deze € 180,- wordt afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. De € 60,- die buiten de vergoeding vallen en u dus zelf moet betalen, worden niet afgetrokken van het bedrag dat u nog voor het verplicht eigen risico hebt openstaan.

A.12.4. DBC-zorgproducten (DBC / DOT)

De kosten van een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) – behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes (inclusief DBC's) - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode).

A.12.5. Onze betaling aan zorgverlener

Wij kunnen uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) verplicht eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

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

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

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren en 2012 is een schrikkeljaar met 366 dagen). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 220,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2012. Van 23 september 2012 tot en met 31 december 2012 is 100 dagen. Uw eigen risico wordt dan:

- a. € 220,- : 366 = € 0,601 eigen risico per dag
- b. € 0,601 x 100 dagen = € 60,11 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- c. € 60,11 ronden we af. De uitkomst is dan € 60,-. Dat is uw eigen risico voor dat jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 220,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

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

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

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2012 wordt uw zoon 18 jaar. Voor 5 november 2012 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2012 een verplicht eigen risico van € 220,-. Dat jaar is een schrikkeljaar en heeft 366 dagen. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- a. € 220,- : 366 dagen = € 0,601 eigen risico per dag
- b. € 0,601 x 57 dagen = € 34,26 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- c. € 34,26 ronden we af. De uitkomst is dan € 34,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

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

A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

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

Kijk ook in artikel A.0.2.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

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

A.14. ALGEMENE VERPLICHTINGEN

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, te

rugvorderen en hoeven wij de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor nota's die zijn ingediend, niet te verlenen.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

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

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

a. Cessie: vorderingen aan ons overdragen

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

b. Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

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

c. Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen voor kosten. Het gaat om kosten die op grond van uw verzekering(en) voor vergoeding in aanmerking komen of die wij al hebben vergoed. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

d. Gevolgen bij geen medewerking

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

A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE

A.15.1. Geven van juiste informatie

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

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

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

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

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

- verhuizing, wijziging van postadres of ander communicatieadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- chtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevan-

genis;

- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinsamenstelling.
Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Actuele adres

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

A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE

A.16.1. Privacy

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

A.16.2. Verwerking persoonsgegevens

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

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

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

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat:

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

Toelichting:

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

A.16.4. Materiële controle

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

A.17. ZORGVERLENERS

Kijk ook in artikel A.0.3., A.0.4. en A.0.5.

A.17.1. Zorgverlener

Onder zorgverlener verstaan we de persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen of bevoegd is genees- en hulpmiddelen te leveren.

A.17.2. Soorten zorgverleners

Bij alle zorgvormen noemen wij de soorten zorgverleners die de zorg voor onze rekening mogen verlenen. Soorten zorgverleners die wij niet bij de desbetreffende zorgvorm noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking.

Binnen de soorten zorgverleners die de zorg voor onze rekening mogen verlenen, hebben wij met bepaalde zorgverleners wel en met bepaalde zorgverleners geen overeenkomst. U mag naar zowel de zorgverleners met als zonder overeenkomst. U kunt in artikel A.0.6. lezen welk tarief geldt.

A.17.3. Afspraken met zorgverleners

Wij hebben met zorgverleners overeenkomsten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die overeenkomsten hebben we afspraken gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij die zorg kunnen verlenen. Wij hebben een lijst gemaakt van alle zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. Die kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

Kijk ook in artikel A.0.3.

Toelichting

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

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u een vergoeding van de kosten van de zorg. Dat heet "restitutie".

In deze verzekeringsvoorwaarden geven wij aan hoeveel wij u vergoeden als u naar een wel of niet gecontracteerde zorgverlener gaat. Zie hiervoor artikel A.0.6.

A.17.4. Voorwaarden aan zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering

als:

- a. zorgverleners bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het vergoedingen overzicht uitdrukkelijk worden genoemd als te vergoeden soort zorgverlener. Zij moeten deze zorg zelf leveren. Behandelingen mogen ook worden verricht door andere, niet genoemde zorgverleners, maar dan moeten zij handelen onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die we onder dat betreffende artikel wel hebben genoemd; en
- b. zorgverleners (en niet genoemde zorgverleners die onder verantwoordelijkheid van genoemde zorgverlener werken) voldoen aan de eisen, wetten en regels die in Nederland, uw woonland of in het buitenland aan hun beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld; en
- c. zorgverleners de kosten onder eigen naam declareren; en
- d. zorgverleners voor uw zorgverzekering volgens de verzekeringsvoorwaarden met ons een overeenkomst hebben voor het leveren van zorg gesloten. Voor andere verzekeringen dan uw zorgverzekering geldt deze eis niet, tenzij dat uitdrukkelijk als voorwaarde wordt gesteld.

Als u naar een zorgverlener gaat, waarmee wij een overeenkomst hebben, kunt u er vanuit gaan dat de zorgverlener voldoet aan deze eisen. Als u naar een zorgverlener gaat, waarmee wij geen overeenkomst hebben, moet de zorgverlener toch aan deze eisen voldoen, behalve de eis genoemd in d.

A.17.5. Wet BIG

- a. Wij vergoeden alleen zorg, verleend door zorgverleners:
 - voor wie op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) landelijke registers zijn ingesteld, en
 - die aan de krachtens deze wet gestelde eisen voldoen, en
 - die in het betreffende register ingeschreven staan.Het betreft artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen.
- b. Van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgverleners betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of onderscheidingsteken voeren.

A.18. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING

A.18.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgverleners onder de dekking vallen van uw verzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij zorgafspraken hebben gemaakt. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice. Bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D staat, of daarvoor vrijwillige of verplichte zorgadvisering geldt:

- a. vrijwillige zorgadvisering en akkoordverklaring: wij raden u aan bij twijfel daarvan gebruik te maken. U bent daartoe niet verplicht. U behoudt recht op de zorg zoals die onder de dekking van uw verzekering valt.

Voorbeeld:

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

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De tarieven die men daar mag gebruiken kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgverlener hebben wij geen overeenkomsten hebben. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief berekend krijgt dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Bovendien moet u ook rekening houden met een eventuele eigen bijdrage.

Het is dan verstandig ons vooraf hiervoor te raadplegen, zodat u weet wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse medisch specialist.

- b. verplichte zorgadvisering en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van uw verzekering valt.

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

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd en u tijdens deze vorige

zorgverzekering een akkoordverklaring, een verwijzing of een recept kreeg, blijft die akkoordverklaring, die verwijzing of dat recept geldig als u naar onze zorgverzekering overstapt. De akkoordverklaring verloopt op de datum die daarin door de andere zorgverzekeraar is aangegeven. De verwijzing of het recept verloopt op de datum die daarin door de zorgverlener is aangegeven.

A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende adres u hebben bereikt.

A.18.4. Geldigheidsduur

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een akkoordverklaring verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze akkoordverklaring is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen. De akkoordverklaring is bij ons niet meer geldig als de verzekering is beëindigd, tenzij de ingangsdatum van het DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

A.19. NOTA'S

A.19.1. Wie ontvangt de nota?

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

A.19.2. Nota's indienen

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

- a. nota's moeten:
 - 1) origineel zijn (geen kopie); of
 - 2) op voor computers leesbare gegevensdragers staan (bijvoorbeeld diskettes, tapes, CD-ROM's, DVD's of BluRay's); of
 - 3) via elektronische gegevensuitwisseling (e-mail of internet) bij ons aankomen (dat kan alleen als u een internet verzekering hebt);
- b. nota's hebben betrekking op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg of hulpmiddelen;
- c. wij hebben de nota binnen 36 kalendermaanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend ontvangen. Ontvangen wij uw nota later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;

- d. nota's zijn van u, de zorgverlener of zorginstelling afkomstig;
- e. nota's moeten zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen.

Let op!

Offertes en voorschotnota's worden niet vergoed.

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

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

U geeft ons toestemming om met zorgverleners afspraken te maken over de betaling van nota's. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle, of bepaalde nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een nota ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die nota rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de nota aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

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

A.19.5. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

Zorg vergoeden wij in Nederlands wettige betaalmiddel (euro's). Wij maken gebruik van de verrekeningskoers die geldt op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

A.19.6. Omzetbelasting

Als bij u omzetbelasting in rekening wordt ge-

bracht door een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, vergoeden wij ook deze omzetbelasting.

A.19.7. Controle van originele nota

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

A.20. ALGEMENE UITSLUITINGEN

A.20.1. Algemeen

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
- b. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
- c. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie (met uitzondering van de dyslexiezorg op grond van de basisverzekering), taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek, anderstaligheid of behandelingen met een onderwijskundig doel;
- d. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
- e. Kosten voor betaling op, naar of vanuit banknota's buiten Nederland;
- f. Kosten voor te late betaling van nota's die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
- g. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotnota;
- h. De eigen bijdrage die u betaalt volgens de AWBZ en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- i. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vliegbrevet). Wij vergoeden deze kosten wel als dit bij of krachtens de zorgverzekeringswet zo is bepaald;
- j. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturering- en verzendkosten.

A.20.2. Bepaalde behandelingen

Bepaalde behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen

tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;

- c. Een behandeling die niet te beschouwen is als verantwoorde en geschikte zorg;
- d. Een behandeling waarvoor geen medische of tandheelkundige noodzaak bestaat;
- e. Zorg die niet plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
Gaat de nota over een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC)? Als de ingangsdatum van een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vergoeden wij niet de kosten die met dit gehele DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) te maken hebben;
- f. Zorg die niet is genoemd of beschreven in uw verzekering;
- g. Zorg die niet in de vorm van persoonlijk (fysiek) contact heeft plaatsgevonden maar in de vorm van telefonische of elektronische behandelingen (via e-mail en/of Internet) en deze vorm van zorg redelijkerwijs niet mogelijk is of naar verwachting niet tot de normaal te verwachten resultaten leidt. Dit wordt in de verzekeringsvoorwaarden bij de betreffende behandeling zo nodig aangegeven;
- h. Bevolkingsonderzoeken;
- i. Kosten die te maken hebben met:
 - 1) sportmassage;
 - 2) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 3) bedrijfshulpverleningscursussen.

A.20.3. Molest en terrorisme

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

- a. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd.
- b. terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit "terrorismerisico"). Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de N.H.T. heeft vastgelegd in het laatst geldende "polisblad terrorismedekking" van de N.H.T.
Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen (die zowel in Nederland als in het buitenland kunnen plaatsvinden) vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag:

- 1) dat wij uit de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam of
- 2) dat wij uit de herverzekering zouden hebben ontvangen, als wij de herverzekering zouden hebben gesloten.

Verzekerden die buiten Nederland wonen, vallen niet onder deze herverzekering en kunnen dus geen vergoeding krijgen;

Toelichting:

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

Terrorisme:

“gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Kwaadwillige besmetting:

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

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar

zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

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

Polisblad terrorisme

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

A.20.4. Atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet.

Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan vergoeden wij de kosten wel als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

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

A.20.5. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op vergoeding van zorg of kosten daarvan. Dat geldt ook als de zorg die u ontvangt wel onder de vergoeding van de verzekering valt. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens het Ministerie van Justitie wordt verstrekt.

A.21. GESCHILLEN

A.21.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de basisverzekering hebben genomen, kunt u per brief of e-mail aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.21.2. Rechter of geschillencommissie

- a. U gaat naar de bevoegde rechter als wij niet binnen vier weken op dit verzoek om herover-

weging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.

- b. U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

A.21.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.22. KLACHTEN

A.22.1. Klacht

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

A.22.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn

uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

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

A.22.3. Klacht over standaardformulieren

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

A.23. NEDERLANDS RECHT

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

A.24 . WAT ALS SITUATIE NIET IS GEREGLD?

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

HOOFDSTUK B

BESCHRIJVING ZORG IN BASISVERZEKE- RING

B.0. INLEIDING

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw basisverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de basisverzekeringen die geen zorgverzekering zijn;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de basisverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;
- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

B.1. RECHT OP ANDERE ZORG

B.1.1. Andere zorg dan in verzekeringsvoorwaarden omschreven

In dit hoofdstuk staat welke zorg door de zorgverzekering wordt gedekt. Onder die dekking kunnen ook andere vormen van zorg vallen. De voorwaarden hiervoor zijn:

- a. dat vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt; en
- b. dat die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten; en
- c. dat wij u van tevoren een akkoordverklaring hebben gegeven voor die vorm van zorg.

B.1.2. Opname in andere dan verzekerde klasse

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

B.1.3. Begin en einde van recht op zorg

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

B.2. BUITENLANDZORG

Voor vergoeding van zorg in het buitenland is er verschil tussen:

- a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel B.2.1.);
- b. verzekerden die wonen of verblijven in een Verdragsland (artikel B.2.2.);
- c. verzekerden die wonen in een Verdragsland en tijdelijk in Nederland of een ander Verdragsland verblijven (artikel B.2.2.);
- d. verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een Verdragsland (artikel B.2.3.).

Gaat u in het buitenland naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst

hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.0.6.

Let op!

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

Tip:

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

Let op!

Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners van de grensstreek. U kunt de gratis pas zelf aanvragen op www.ehic.nl.

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.

B.2.2. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in dat land, ander Verdragsland of Nederland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland of in Nederland en krijgt daar zorg dan hebt u naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener.

B.2.3. Wonen in buitenland, maar niet in Verdragsland

Woont of verblijft u buiten Nederland in een land dat geen Verdragsland is, dan hebt u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg

door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

B.3. HUISARTSENZORG

B.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Deze zorg is te verdelen in:

B.3.1.a. Advies, onderzoek en begeleiding

Deze zorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvisering;
- laboratoriumonderzoek;
- preconceptiezorg;
- preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.

Preconceptiezorg omvat advisering op onder andere het gebied van:

- gezonde voeding;
- inname van vitamines;
- (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
- geneesmiddelengebruik;
- infectieziekten en vaccinaties;
- ziekten en zwangerschapscomplicaties.

Let op!

De zorg omvat niet een MRI op verzoek van een huisarts als wordt verwezen voor een indicatie die niet in de richtlijnen en standaarden voor huisartsen staat.

B.3.1.b. Medisch specialistische zorg

Het gaat hierbij om zorg die grenst aan huisartsgeneeskunde en waarover wij afspraken hebben gemaakt met uw huisarts.

Voorbeelden:

Deze zorg omvat onder andere:

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

B.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat behandeling of consult voor preventieve voetzorg bij diabetes

patiënten medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten is verwijzing van de huisarts nodig, als de zorg niet door de huisarts zelf wordt verleend.

Zorgverlener

a. Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner, physician assistant). De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten kan ook worden uitgevoerd door:

1) een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;

2) een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;

3) een podotherapeut.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Let op!

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

Plaats

a. U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan we in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en AWBZ-instelling. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden.

b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten kunt u ook krijgen in de praktijk van de podotherapeut, de pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) en de medisch pedicure.

B.4. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg beschreven in het gehele artikel B.4. omvat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De specialistische geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij niet hier maar in artikel B.19.

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

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- a. Medisch specialistische zorg met opname (artikel B.4.2.);
- b. Medisch specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch) (artikel B.4.3.);
- c. Verpleging zonder opname (artikel B.4.4.);
- d. Plastische chirurgie (artikel B.4.5.);
- e. Revalidatie (artikel B.4.6.);
- f. Orgaantransplantatie (artikel B.4.7.);
- g. Dialyse zonder opname (artikel B.4.8.);
- h. Mechanische beademing (artikel B.4.9.);
- i. Onderzoek naar kanker bij kinderen (artikel B.4.10.);
- j. Trombosedienst (artikel B.4.11.);
- k. Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (artikel B.4.12.);
- l. Audiologische zorg (artikel B.4.13.);
- m. Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (artikel B.4.14.)
- n. Second opinion (artikel B.4.15.).

Let op!

De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. sterilisatiebehandelingen;
- g. behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- h. een besnijdenis (circumcisie);
- i. correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- j. parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

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

1. Sterilisatie;
2. Ongedaan maken van sterilisatie;
3. Correctie van de oorstand;
4. Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren);
5. Besnijdenis (circumcisie);
6. Correctie van bovenoogleden;
7. Cosmetische behandelingen;
8. Behandeling tegen snurken;
9. Vervanging van borstprothese.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

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

Let op!

- a. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar artikel B.4.5.
- b. Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener wordt niet vergoed.

- c. Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:
 1. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 2. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op een vergoeding van de zorg voor 365 dagen;
 3. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.
- b. De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- c. Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.
- d. Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

B.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

1. oogheelkundige zorg;
2. aanleggen van gips;
3. ECG-onderzoek;
4. preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek.

Let op!

- a. Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- b. Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener wordt niet vergoed.

B.4.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat behandeling of consult voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.
- b. Als het gaat om oogandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- c. Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten is verwijzing van de medisch-specialist nodig, als de zorg niet door de specialist zelf wordt verleend.

Zorgverlener

- a. Een medisch specialist verleent de zorg.
- b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten kan ook worden uitgevoerd door:
 - 1) een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie

www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;

- 2) een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
- 3) een podotherapeut.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Let op!

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

Plaats

- a. De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.
- b. De zorg kan ook bij u thuis plaatsvinden als het gaat om verpleging thuis in verband met medische specialistische zorg thuis. Die medisch specialistische zorg vindt dan niet in de instelling voor medisch specialistische zorg of de huispraktijk van de medisch specialist plaats. De medische indicatie voor de medisch specialistische zorg stopt niet doordat de zorg plaatsvindt op een andere plaats.
- c. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten kunt u ook krijgen in de praktijk van de podotherapeut, de pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) en de medisch pedicure.

B.4.4. Verpleging zonder opname

B.4.4.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Let op!

De zorg omvat niet de zorg waarop u op grond

van de AWBZ recht hebt:

- a. verpleging die noodzakelijk is in verband met zorg in de laatste periode voor het overlijden (palliatieve terminale zorg);
- b. verpleging die noodzakelijk is in verband met beademing;
- c. zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

B.4.4.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt in de thuissituatie plaats.

B.4.5. Plastische chirurgie

B.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het gaat om correcties van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Bij verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een

aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding;

- d. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- e. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemertespleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer wel of geen recht bestaat op plastische chirurgie:

1. Borstverkleining
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
2. Correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie
u hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen. Dit kan namelijk gezien worden als verminking. Er bestaat alleen recht op een eenzijdige verkleining.
3. Laserbehandeling
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen wordt slechts zelden vergoed. Er moet sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
4. Neuscorrectie
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

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

B.4.5.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.4.6. Revalidatie

B.4.6.1. Omschrijving van de zorg

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

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

B.4.6.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

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

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

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

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

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

B.4.7. Organtransplantatie

B.4.7.1. Omschrijving van de zorg voor u

De zorg met betrekking tot organtransplantatie omvat voor u als verzekerde (ontvanger van het orgaan):

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de specialistisch-geneeskundige zorg die te maken heeft met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en die te maken heeft met het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie.

Let op!

De zorg omvat niet:

- de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
- eventueel misgelopen inkomsten van een donor.

B.4.7.2. Omschrijving van de zorg voor de donor

De zorg met betrekking tot organtransplantatie omvat voor de donor (van het orgaan):

- opname van deze donor voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer dat de donor nodig heeft in verband met:
 - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - de zorg tot 13 weken, of bij leverdonoren tot 6 maanden, na het einde van de opname die hiermee te maken heeft.

Als vervoer medisch noodzakelijk is, is in

plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met de eigen auto of een taxi mogelijk.

- c. vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- d. kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

De zorg ten behoeve van de donor valt onder de verzekering van u als ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen.

B.4.7.3. Voorwaarden

Algemeen

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

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie. De zorgverlener moet ook verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum. Voor de vergoeding hanteert wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

B.4.8. Dialyse zonder opname

B.4.8.1. Omschrijving van de zorg

Dialyse (zonder opname) omvat:

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

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan omvat de dialyse daarnaast ook:

- het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen;
- overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

B.4.8.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

Zorgverlener

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

de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.4.9. Mechanische beademing

B.4.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

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

Let op!

De zorg omvat niet de verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg zoals in dit artikel omschreven. Op deze zorg (verpleging) hebt u recht op grond van de AWBZ.

B.4.9.2.1. Beademing in beademingscentrum

Als de beademing plaatsvindt in een beademingscentrum omvat de zorg:

- de noodzakelijke mechanische beademing;
- de medisch specialistische zorg in een beademingscentrum die hiermee te maken heeft.

B.4.9.2.2. Beademing bij u thuis

Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt, omvat de zorg:

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

B.4.9.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.4.10. Onderzoek naar kanker bij kinderen

B.4.10.1. Omschrijving van de zorg

Het onderzoek naar kanker bij kinderen omvat de centrale (referentie-)diagnostiek (het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

B.4.10.2. Voorwaarden

Zorgverlener

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

B.4.11. Trombosedienst

B.4.11.1. Omschrijving van de zorg

Zorg door de trombosedienst omvat:

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

B.4.11.2. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, uw behandelend medisch specialist of een trombosearts die verbonden is aan een erkende trombosedienst heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats bij een erkende trombose-dienst, op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener of bij u thuis.

B.4.12. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

B.4.12.1. Omschrijving van de zorg

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

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

B.4.12.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een arts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die is toegelaten en een vergunning heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum.

B.4.13. Audiologische zorg

B.4.13.1. Omschrijving van de zorg

Audiologische zorg is de zorg die te maken heeft met problemen met horen/de gehoorfunctie. De zorg omvat:

- het onderzoek naar de gehoorfunctie;
- de advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur;
- de voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- de psychosociale zorg in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dat

noodzakelijk is;

- de hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

B.4.13.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een instelling voor medisch specialistische zorg of een audiologisch centrum dat is erkend door de bevoegde overheidsinstantie;
- een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die ook verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.4.14. Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen

B.4.14.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- maximaal de eerste, tweede en derde poging volgens de in-vitrofertilisatiemethode, per gerealiseerde zwangerschap.
- de daarbij toegepaste geneesmiddelen volgens het GVS. Zie artikel B.15.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF.

Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:

- Een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
- Een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's;
- Een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
2. Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
3. Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoeder.

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

Voorbeelden:

1. U hebt een derde poging. Hierbij wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na een paar weken gaat het mis. Een volgende (vierde) poging wordt niet vergoed.
2. U hebt een derde poging. Hierbij wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na een paar weken gaat het mis, maar er is nog een ingevroren embryo. Deze wordt teruggeplaatst. Dit hoort nog bij de derde poging.
3. U hebt een derde poging. Hierbij wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 14 weken gaat het mis. U hebt dan opnieuw recht op drie pogingen omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
4. U hebt drie pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd bent u toch zwanger zonder medisch ingrijpen. U hebt dan opnieuw recht op drie pogingen.

Let op!

De zorg omvat niet:

- a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
- b. behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatiebehandeling.

B.4.14.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch specialist.

Zorgverlener

Een gynaecoloog voert de behandeling uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een daar voor vergunninghoudende instelling.

B.4.15. Second opinion

B.4.15.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat een second opinion. Daaronder verstaan we een consult over een gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde zorgverlener.

B.4.15.2. Voorwaarden

Algemeen

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

Verwijzing

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

Zorgverlener

Een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING

B.5.1. Verloskundige zorg

B.5.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verloskundige of medisch specialistische zorg tijdens de zwangerschap zoals verloskundigen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden.

Let op!

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

B.5.1.2. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Alleen nodig als de verloskundige, huisarts of medisch specialist heeft vastgesteld dat zorg tijdens de zwangerschap door een medisch specialist medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

Een verwijzing van een huisarts of verloskundige is nodig als een medisch specialist de zorg verleent.

Zorgverlener

De begeleiding van de zwangerschap zonder medische noodzaak wordt verleend door een verloskundige. De begeleiding van de zwangerschap met medische noodzaak wordt verleend door een medisch specialist. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.5.2. Echoscopie

B.5.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een echoscopie.

B.5.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

Een verwijzing is nodig als een medisch specialist de zorg verleent.

Zorgverlener

De echoscopie wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.5.3. Prenatale screening

B.5.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat prenatale screening. Deze screening omvat:

- a. voor zwangere vrouwen van alle leeftijden de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; rond de twintigste week) en om

de combinatietest;

- b. voor zwangere vrouwen van alle leeftijden het structurele echoscopische onderzoek (SEO) rond de twintigste week van de zwangerschap;
- c. voor zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest);
- d. voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

Let op!

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

B.5.3.2. Voorwaarden

Algemeen

De counseling, het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgverlener die een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens deze wet.

Verwijzing

Een verwijzing is nodig als een medisch specialist de zorg verleent.

Zorgverlener

- a. De prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts of verloskundige.
- b. Een gynaecoloog of een bevoegde verloskundige voert een nekplooiemeting (onderdeel van de combinatietest) uit.
- c. Als het gaat om het maken van een echoscopie in de vierde tot en met zesde maand van de zwangerschap of een serumbepaling (onderdeel van een combinatietest) tijdens de zwangerschap en er is geen medische reden (indicatie) voor de zorg, dan kan de zorg ook worden verleend door een huisartsenlaboratorium.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg

B.5.4.1. Omschrijving van de zorg

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

B.5.4.2. Voorwaarden Zorgverlener

De inschrijving en intake worden gedaan door een kraamcentrum. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING

B.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verloskundige of medisch specialistische zorg tijdens de bevalling (inclusief voor- en nazorg) zoals verloskundigen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg kan plaatsvinden met medische noodzaak of zonder medische noodzaak.

Bij de zorg hoort ook de assistentie tijdens de bevalling (partusassistentie) gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals door de verloskundige volgens het "Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg" is vastgesteld. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

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

Let op!

Als sprake is van een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak, moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 16,- per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage). Als er meer dan € 112,50 per persoon per dag wordt gevraagd, moet u het bedrag boven de € 112,50 ook zelf betalen.

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

Voorbeelden:

a. Er wordt € 112,50 per persoon per dag gevraagd door de instelling. Wij hebben met de

instelling het volgende afgesproken:

1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 16,- per dag voor moeder en € 16,- per dag voor het kind in rekening.
- b. Stel, er wordt € 120,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:
1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 16,- per dag voor moeder en € 16,- per dag voor het kind in rekening.
 3. Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 112,50 per persoon per dag in rekening. In dit geval is dat € 120,- minus € 112,50 = € 7,50 per persoon per dag. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.
- c. U bevalt in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, zonder opname. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2 keer € 112,50 per dag is € 225,- per dag voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 16,- aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 32,-. U krijgt dus € 225,00 -/ - € 32,00 = € 193,00 per dag van ons.

De maximum vergoeding per dag en de eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van één kind of een meerling.

B.6.2. Voorwaarden

Verwijzing

Een verwijzing van een huisarts of verloskundige is nodig voor een bevalling op medische indicatie.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Voor een bevalling op medische indicatie voor moeder en/of kind in een instelling voor medisch specialistische zorg heeft de verloskundige, huisarts of medisch specialist vastgesteld dat dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

De medisch noodzakelijke bevalling wordt verleend door een medisch specialist. Bij een bevalling zonder medische indicatie kan de zorg ook worden verleend door een verloskundige. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

B.7. ZORG NA DE BEVALLING

B.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- kraamzorg voor moeder en kind zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden;
- verblijf, verloskundige en medisch specialistische zorg in een instelling na de bevalling voor moeder en kind zoals verloskundigen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden;
- tijdens de periode van opname geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder, niet voor anderen zoals bijvoorbeeld een adoptiemoeder. Kraamzorg thuis duurt normaal gesproken acht dagen. Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren per dag wordt volgens landelijke indicatieafspraken vastgesteld. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

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

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

Let op!

Voor kraamzorg is in de volgende gevallen een eigen bijdrage van toepassing:

- in het kraamhotel of thuis geldt een eigen bijdrage van € 4,- per uur;
- voor kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg of in een kraamhotel moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 16,- per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage). Als er meer dan € 112,50 per persoon per dag

wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 112,50 ook zelf betalen.

Als u tijdens de kraamperiode op grond van een medische indicatie verblijft in een instelling voor medisch specialistische zorg, hoeft u geen eigen bijdrage te betalen voor de tijd dat u daar kraamzorg ontvangt.

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

B.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Voor verblijf en verzorging van moeder en/of kind op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg heeft de verloskundige, huisarts of medisch specialist vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De kraamzorg wordt verleend door:

- een instelling die door de wet voor verloskundige zorg erkend is (geboortehotel); of
- een kraamverzorgende:
 - in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert, en
 - die daarvoor alle diploma's heeft, en
 - die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol; of
- een zelfstandig gediplomeerd kraamverzorgende die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

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

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg met medische indicatie vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg. De overige kraamzorg wordt in een instelling die door de wet erkend is (kraamcentrum, kraamhotel of

geboortekliniek waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen, met haar verloskundige terecht kan voor de bevalling zonder medische indicatie), op uw (tijdelijke) verblijfplaats of bij u thuis verleend.

B.8. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

B.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- fysiotherapie zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden;
- oefentherapie Cesar of Mensendieck zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.

Onder fysiotherapie en oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kind (fysio of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en oedeemtherapeut.

Voor fysiotherapie en oefentherapie gelden geen wettelijke maximum tarieven. De zorgverlener bepaalt het tarief. Wij maken over deze tarieven vaak afspraken met hen. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze website.

B.8.2. Fysiotherapie en oefentherapie als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg uit fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Per aandoening genoemd op de lijst bestaat de zorg uit de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de 21e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, omvat de zorg behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Let op!

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

B.8.3. Bekkenfysiotherapie als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg ook uit bekkenfysiotherapie in verband met urine-

incontinentie voor ten hoogste negen behandelingen.

Let op!

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

B.8.4. Als u jonger dan 18 jaar bent

Als u jonger dan 18 jaar bent, bestaat de zorg uit fysiotherapie danwel oefentherapie, wanneer beperkingen bestaan als gevolg van een aandoening:

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

Let op!

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

B.8.5. Voorwaarden

Algemeen

Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U hoeft geen akkoordverklaring aan ons te vragen als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat waarmee wij een overeenkomst hebben. De therapeut beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urineincontinentie. Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze twee groepen valt, raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Een verwijzing is nodig als het gaat om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit

zorgverzekering) staat of als het gaat om bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Zorgverlener

- een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- een manueel therapeut verleent manuele therapie voorzover die als fysiotherapie is te beschouwen;
- een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie;
- een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- een geriatrische fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie of de manuele lymfdrainage;
- een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie;
- een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstelling waar fysiotherapie en oefentherapie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk. Behandeling kan ook plaatsvinden op een door ons goedgekeurde andere plaats.

B.9. ERGOTHERAPIE

B.9.1. Omschrijving van de zorg

Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden en betreft maximaal tien behandeluren per jaar advisering, instructie, training of behandeling. De behandeling heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Let op!

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

B.9.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstelling waar ergotherapie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.10. LOGOPEDIE

B.10.1. Omschrijving van de zorg

Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. Logopedie heeft verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als geneeskundig doel heeft.

Let op!

De zorg omvat niet:

- a. behandelingen met een onderwijskundig doel;
- b. behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid;
- c. dyslexiezorg; zie daarvoor artikel B.20..

B.10.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend logopedist of op de afdeling logopedie van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar logopedie wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.11. KETENZORG

B.11.1. Ketenzorg algemeen

B.11.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de totale zorg voor chronisch ziekten die wordt verleend door verschillende zorgverleners, die als schakels in een hechte keten met elkaar samenwerken. De zorg is in de vorm van een programma afgestemd op de cliënt.

Deze zorg wordt gecoördineerd door een zorggroep. Dit is een samenwerkingsverband van de betrokken zorgverleners. De zorggroep zorgt o.a. voor afstemming van de zorg, scholing van betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de naleving van de kwaliteitseisen van deze chronische zorg.

Wij kennen een (keten)zorgprogramma voor mensen met Diabetes Mellitus type 2, COPD en Vasculair Risico Management.

Let op!

Ketenzorg omvat niet:

- behandelingen door een medisch specialist, omdat dat Medisch specialistische zorg (artikel B.4.) is;
- deelname aan een preventief programma zoals bedoeld in artikel B.21. Preventie.

B.11.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die wordt bekostigd, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

U bent verwezen door een zorggroep / huisarts.

Zorgverlener

De zorg wordt gecoördineerd door een zorggroep en wordt geleverd door zorgverleners die gespecialiseerd zijn in Diabetes, COPD en/of vasculair risicomangement. Voorbeelden hiervan zijn de huisarts, praktijkondersteuner, diëtist of podotherapeut. Voor de vergoeding geldt het afgesproken tarief; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar een zorgverlener uit een zorggroep werkzaam is, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie

die u met de zorgverlener uit de zorggroep afspreekt.

B.11.2. Dieetadvisering chronisch zieken

B.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten voor maximaal vier behandeluren per jaar, als onderdeel van een (keten)zorgprogramma zoals omschreven in artikel B.11.1.1.. Dieetadvisering omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden.

Let op!

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

B.11.1.2. Voorwaarden

Zie artikel B.11.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of kijken daarvan af.

Zorgverlener

De zorg wordt gecoördineerd door een zorggroep en wordt geleverd door een diëtist. Voor de vergoeding geldt het afgesproken tarief; zie hiervoor artikel A.0.6.

B.12. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.12.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Let op!

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

Deze mondzorg bestaat uit:

B.12.1.a. Mondzorg in bijzondere gevallen.

Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verwerfstoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt;
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale

functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Toelichting op het derde aandachtstreepje:

Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een paradontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen met de volgende aandoeningen/ziektes:

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

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

- radiotherapie in het hoofd-halsgebied;
- chemotherapie;
- intraveneuze bisfosfonaten (geneesmiddelen die in de aderen worden gespoten om de afbraak van botweefsel tegen te gaan);
- calciumantagonisten (middel dat kan worden gebruikt bij bepaalde hartklachten);
- difantoïne-achtige preparaten (middelen die gebruikt kunnen worden bij o.a. epilepsie).

Verder kan het ook plaatsvinden:

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

Let op!

Als u 18 jaar of ouder bent en u krijgt mondzorg die niet rechtstreeks in verband staat met een indicatie voor de onder a. genoemde vormen van mondzorg in bijzondere gevallen, dan zijn op uw mondzorg vergoeding en eigen bijdragen van toepassing alsof er geen sprake is van de onder a. genoemde mondzorg in bijzondere gevallen maar van mondzorg als bedoeld in artikel B.14.

B.12.1.b. Tandheelkundige implantaten

Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uit-

neembare prothese vastgemaakt kan worden.

Wij vergoeden een tandheelkundig implantaat, als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder a., en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.

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

B.12.1.c. Orthodontie

Wij vergoeden orthodontie als u:

- voldoet aan de eisen van artikel B.12.1.a.; en
- last hebt van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan mondzorg nodig is.

B.12.2. Voorwaarden

Algemeen

Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts of tandprotheticus dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en vraagt u ons zorgadvies en akkoordverklaring voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt? Dan moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting zitten.

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

Verwijzing

Een tandarts of tandarts-implantoloog verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) verleent de zorg.
- Als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en ons zorgadvies en akkoordverklaring vraagt voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt, kan de zorg niet worden verleend door een orthodontist.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de instelling voor medisch specialistische zorg, tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft);
- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig;
- Als het om orthodontische zorg gaat, kan de zorg niet verleend worden in een instelling voor medisch specialistische zorg. De orthodontische zorg kan naast de andere genoemde plaatsen ook verleend worden in de praktijk van de orthodontist.

B.13. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

B.13.1. Omschrijving van de zorg

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

- a. één periodiek preventief tandheelkundig on-

- derzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. het aanbrengen van fluoride vanaf zes jaar maximaal twee keer per jaar of vaker, als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- e. het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (restauratie);
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. het vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een ongeval, te vervangen;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

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

B.13.2. Voorwaarden

Algemeen

U bent jonger dan 18 jaar.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

- het vervangen van tanden met niet-plastische materialen;
- het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die niet zijn aangelegd of die u mist als direct gevolg van een ongeval.

Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen deze toestemming intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, u de aan-

wijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- het trekken van tanden of kiezen onder algehele narcose;
- een kaakoperatie (osteotomie);
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Ook is onze akkoordverklaring nodig als u mondzorg krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Zorgverlener

Een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een Instelling voor jeugdtandverzorging of een instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg.

Zorg van artikel B.13.1 onderdelen a t/m f en i kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de tandartspraktijk, het centrum voor mondzorg, het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een instelling voor medisch specialistische zorg, een Instelling voor jeugdtandverzorging of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft).
- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

B.14. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

B.14.1. Omschrijving van de zorg

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. gaat het om mondzorg:

- a. voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat uit:

- 1) specialistische chirurgische mondzorg;

- 2) daarbij behorend röntgenonderzoek;
- 3) opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen voor maximaal 365 dagen.

Bij de telling van de 365 dagen bij de opname in een ziekenhuis gelden de volgende regels:

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

- b. naar de normen van tandartsen en die bestaat uit:

- 1) een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese, een tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese), een uitneembare volledige vervangingsprothese of een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;
- 2) de reparatie en het rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Let op!

De zorg omvat niet:

- 1) parodontale chirurgie (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
- 2) het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- 3) ongecompliceerde extracties;
- 4) een hogere vergoeding dan het bedrag waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.

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

B.14.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.
- b. Een tandarts, tandprotheticus, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de kosten van de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.1. onder b.1. indienen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- a. U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).
- b. U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als:
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde meer dan € 650,- per kaak bedragen;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 550,- per kaak bedragen;
 - de volledige boven- en/of onderprothese binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese).

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

U bent verwezen door een tandarts of huisarts als u hulp nodig hebt van een kaakchirurg.

Zorgverlener

- a. Een medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie verleent de medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.1. onder a.
- b. Een tandarts, tandprotheticus of een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) verleent de mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige pro-

these zoals genoemd in artikel B.14.1. onder b. De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese kan ook door een tandprotheticus worden verleend als het gaat om:

- het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten;
- het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

- a. De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.1. onder a. vindt plaats:
 - in de praktijk van de medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, in een centrum voor mondzorg of instelling voor medisch specialistische zorg, of;
 - op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft). In dat geval is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist nodig.
- b. De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

B.15. GENEESMIDDELEN

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene voorwaarden (artikel B.15.1.);
- Medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik (artikel B.15.2.);
- Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (artikel B.15.3.);
- Zelfzorggeneesmiddelen (artikel B.15.4.);
- Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (artikel B.15.5.).

B.15.1. Geneesmiddelen algemeen

Kijk ook in artikel A.0.7 en A.0.8.

B.15.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst waar u recht op kunt hebben; de geregi-

streerde geneesmiddelen. Deze lijst is Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering met Bijlagen vindt u op onze internetsite.

Sommige geneesmiddelen uit het GVS vergoeden wij niet helemaal omdat daarvoor een eigen bijdrage geldt (zie artikel B.15.1.2.).

Let op!

De zorg omvat niet:

- a. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- b. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
- c. geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- d. zelfzorggeneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering ook niet vergoed worden;
- e. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- f. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
- g. geneesmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ;
- h. onderling vervangbare geneesmiddelen. Dat zijn geneesmiddelen waarvoor wij geen voorkeur hebben; die vergoeden we dan niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben, staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen" (artikel B.15.1.3.). Wij vergoeden alleen deze voorkeursgeneesmiddelen;
- i. geneesmiddelen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor toelichting zie artikel B.15.1.5.a.;
- j. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
- k. geneesmiddelen die door de overheid voor subsidie of overheidsfinanciering in aanmerking komen;
- l. bijkomende kosten zoals administratie- en/of verzendkosten;
- m. geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden (zie artikel B.15.1.5.) en niet aan deze extra voorwaarden is voldaan.

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

B.15.1.2. Eigen bijdrage

Het GVS is zo opgesteld, dat voor elke indicatie goede geneesmiddelen beschikbaar zijn. In het GVS komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare geneesmiddelen voor.

a. Onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Zo kan een arts voor een patiënt kiezen uit twee of meer onderling vervangbare geneesmiddelen.

De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een maximum vergoeding (vergoedingslimiet) vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder, dan komt de meerprijs als eigen bijdrage voor uw rekening. U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek zo'n duurder geneesmiddel verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt geneesmiddel).

De prijslijst met daarbij de eigen bijdragen van geneesmiddelen kunt u vinden op onze internetsite.

b. Niet onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze geneesmiddelen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij helemaal.

B.15.1.3. Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel B.15.1.2.a.) wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

Als uw huisarts of medisch specialist het medisch noodzakelijk vindt dat u een ander geneesmiddel uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel, moet hij dat op het recept aangeven. U hebt dan recht op dat andere geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we

dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Toelichting:

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Voor sommige stofnamen bepalen wij op basis van de prijs welk geneesmiddel wordt vergoed.

B.15.1.4. Omschrijving van de zorg

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

De bijbehorende advisering omvat:

- Extra begeleiding bij een eerste gebruik van een geneesmiddel of als u een geneesmiddel langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt;
- Advies bij uw huidige geneesmiddelen (op recept) die u doorgebruikt tijdens reis en vakantie.

Voor de levering van geneesmiddelen gelden de volgende regels:

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

Let op!

Onder deze zorg valt niet:

- a. farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of - ontslag;
- b. voorlichting en advies bij:
 - 1) zelfzorg en
 - 2) geneesmiddelen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- c. levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende geneesmiddelen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- d. instructie van hulpmiddelen:
 - 1) als de bijbehorende geneesmiddelen die-

nen voor een chronische behandeling onder verantwoordelijkheid van uw huisarts;

- 2) die nodig zijn bij geneesmiddelen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een hulpmiddelenleverancier.

De extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van geneesmiddelen buiten reguliere openingstijden om, worden alleen vergoed als sprake is van een spoedsituatie.

B.15.1.5. Voorwaarden

Indicatie

a. Algemeen: nadere voorwaarden voor de indicatie

Voor sommige geneesmiddelen uit het GVS gelden extra voorwaarden voor de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en in onze Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf. Wij toetsen vooraf of u aan de voorwaarden voldoet. De Minister kan de lijst in de Regeling tussendoor aanpassen. We laten dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

b. Bijzonder: geneesmiddelen uit het buitenland

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze geneesmiddelen dat:

- er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Dit is een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is; en
- de behandelend arts doet een verzoek om import van het betreffende geneesmiddel; en
- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding; en
- de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen.

Zorgverlener

a. Algemeen

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

b. Bijzonder

- U hebt ook recht op geneesmiddelen die door een buitenlandse apotheek worden afgeleverd. Van deze geneesmiddelen moet de werkzame

stof, dosering en manier van toediening zijn opgenomen in het GVS.

- Voor geneesmiddelen uit Marokko geldt dat u bijsluiters/stickers met naam en prijs van het geneesmiddel (vignetten) moet meesturen als u hiervan een rekening bij ons indient.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

a. Algemeen: voor welke periode mag een geneesmiddel worden ter handgesteld?

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

- 1) vijftien dagen: voor een geneesmiddel dat nieuw voor u is;
- 2) vijftien dagen: voor een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 3) dertig dagen: voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- 4) drie maanden: voor geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte;
- 5) twaalf maanden: voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 6) één maand: in andere gevallen.

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

b. Bijzonder

Voor:

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

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar één keer voorgeschreven te krijgen en er is geen herhaalrecept nodig.

Wij vergoeden per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is.

Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Plaats

a. Algemeen

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

b. Bijzonder

1. Voor geneesmiddelen uit het GVS die een apotheek levert, maar die normaal gesproken in het ziekenhuis worden toegediend gelden

extra voorwaarden als u deze thuis krijgt toegediend:

- er is een medische noodzaak voor toediening thuis en/of regelmatige toediening in een ziekenhuis is niet mogelijk binnen een redelijke afstand van de woonplaats; en
- het geneesmiddel kan op een verantwoorde manier in de thuissituatie worden toegediend.

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

De geneesmiddelen waarvoor dit geldt, staan op de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf" die u kunt vinden op onze internetsite of bij ons kunt opvragen. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

2. Bepaalde geneesmiddelen uit Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zijn zodanig specialistisch dat deze alleen door een medisch specialist worden voorgeschreven. Hiervan worden de volgende geneesmiddelen alleen vergoed in artikel B.4. Medisch specialistische zorg:

- geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Beleidsregel "Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze geneesmiddelen staan op de lijst "Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg" op onze internetsite. U kunt deze ook bij ons opvragen. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als wij dat doen, laten wij dat schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.
- geneesmiddelen die horen tot de groep "TNF-alfaremmers". De kosten van deze groep geneesmiddelen komen volgens de Minister op 1 januari 2012 voor rekening van het ziekenhuis. De betreffende geneesmiddelen zijn opgenomen in de "Lijst TNF-alfaremmers" op onze internetsite. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kijk ook in artikel A.0.8.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik

B.15.2.1. Omschrijving van de zorg

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

B.15.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- De medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners; en
- Er moet sprake zijn van een farmaceutische noodzaak, wat inhoudt dat u minimaal 6 geneesmiddelen (niet zijnde zalven / crèmes) chronisch (langer dan 6 maanden) gebruikt. Hiervan moet minimaal één geneesmiddel voorkomen uit de volgende groepen: Astma/COPD, orale antidiabetica, of CVRM (Cardio Vasculair Risico Management); en
- Er moet sprake zijn van een medische noodzaak, wat inhoudt dat er minimaal 1 slechte labwaarde aanwezig is voor HbA1c (diabetes mellitus type 2), bloeddruk, cholesterol of nierfunctie; en
- Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op geneesmiddelen die voldoen aan de voorwaarden die wij beschreven hebben in artikel B.15.1.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

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

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apotheehouder huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woonadres. Kijk ook in artikel A.0.8.

B.15.3. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

B.15.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de geregistreerde geneesmiddelen die wij beschreven hebben in artikel B.15.1.

B.15.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.
- Bij geneesmiddelen met extra voorwaarden gelden de voorwaarden die in artikel B.15.1.5. staan onder de kopjes "Bijzonder".
- Bij geneesmiddelen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben, gelden de voorwaarden die in artikel B.15.1.3. staan.
- U hebt recht op geneesmiddelen die door een Nederlandse of buitenlandse arts worden voorgeschreven en die door een Nederlandse of buitenlandse apothek of apotheehouder worden afgeleverd. Van deze geneesmiddelen moet de werkzame stof, dosering en toedieningsweg zijn opgenomen in het Nederlandse GVS.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor sommige geneesmiddelen moet u een akkoordverklaring hebben. Dit zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel B.15.1.6. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige, (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid).

B.15.4. Zelfzorggeneesmiddelen

B.15.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat zelfzorggeneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn en behoren tot één van de volgende zes groepen:

1. laxemiddelen;
2. kalktabletten;
3. geneesmiddelen bij allergie;
4. geneesmiddelen tegen diarree;
5. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
6. kunsttranen;
7. maagzuurremmers in tabletvorm, inclusief geneesmiddelen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

De zorg omvat niet de zelfzorggeneesmiddelen die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

B.15.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- Bij zelfzorggeneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het zelfzorggeneesmiddel is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering;
- U moet het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel B.15.1.5.a. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige heeft vastgesteld dat de zelfzorggeneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn.

B.15.5. Geneesmiddelen die de apothek zelf maakt

B.15.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- de geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen);
- de niet geregistreerde geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant (zie Geneesmiddelenwet, art. 40 derde lid, onder c).

Let op!

De zorg omvat niet magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geneesmiddel dat niet is opgenomen in het GVS.

Er is een eigen bijdrage van toepassing als de magistrale bereiding een geneesmiddel met eigen bijdrage bevat.

B.15.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- Bij geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het gaat om rationale farmacotherapie.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specia-

list ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

B.16. DIEETPREPARATEN

B.16.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten en advies en begeleiding zoals apothekers voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen die plegen te bieden.

B.16.2. Voorwaarden

Algemeen

- Bij dieetpreparaten gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven komt in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering voor.
- Het gebruik van aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding is niet voldoende en:
 - u hebt een stofwisselingsstoornis;
 - u hebt een voedselallergie;
 - u hebt een resorptiestoornis;
 - u hebt een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode).
 - u bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u niet vooraf bij ons om een akkoordverklaring te vragen.
- Voor de andere dieetpreparaten moet u aan extra voorwaarden voldoen. De voorschrijver vult het "landelijk formulier verklaring dieetpreparaten" in en degene die aflevert controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet, zie artikel B.15.1.5.a. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgverlener

De dieetpreparaten zijn geleverd door een erkende zorgverlener. Voor sondevoeding mogen alleen bepaalde speciaalzaken (leverancier hulpmiddelen) leveren. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel

A.0.6.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op de locatie waar de zorgverlener zijn bedrijf heeft, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

Kijk ook in artikel A.0.8.

B.17. HULPMIDDELENZORG

Kijk ook in artikel A.0.9.

B.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet.

Let op!

De zorg omvat niet:

- kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
- hulpmiddelen die onder de aanspraken van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) of WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) vallen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname of een medisch specialistische behandeling. U kunt hier wel aanspraak op hebben op grond van artikel B.4.;
- hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk";
- hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Soms zijn het hulpmiddelen die onder uw basisverzekering vallen, maar waarvoor u niet een volledige maar gedeeltelijke vergoeding krijgt. Er is bij voorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijk vastgestelde maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

1. Orthopedische schoenen;
2. Verbandschoenen;
3. Haarwerken;
4. Hoortoestellen;
5. Gezichtshulpmiddelen;
6. Allergeenvrije schoenen.

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

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

1. Plaswekker;
2. Gezichtshulpmiddelen;
3. Steunzolen;
4. Hulpmiddelen voetbehandeling;
5. Thuisbewakingsmonitor;
6. ADL-hulpmiddelen;
7. Thuisverzorgingsartikelen;
8. Huur hulpmiddelen;
9. Steunpessarium;
10. Teststrips diabetespatiënten;
11. Persoonsalarmering;
12. Condooms;
13. Braces en bandages;
14. Epilepsie alarmering.

Meer informatie hierover vindt u in hoofdstuk D.4.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

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

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

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

B.17.3. Eigen bijdrage / maximale vergoeding

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

Let op!

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

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener. Schade aan een hulpmiddel dat wij aan u (in bruikleen) hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, vergoeden wij niet. Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie en meldt u de diefstal bij ons en bij de zorgverlener.

B.17.5. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- b. U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten, zien daarop toe.
- c. U hebt een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.
- d. Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan

deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

B.18. ZIEKENVERVOER

B.18.1. Ziekenvervoer algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- a. Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
 - 1) de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - 2) de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- b. Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland:
Het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
 - 1) de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland; en
 - 2) de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.

Wij verstaan onder ziekenvervoer niet het vervoer per helikopter of glijbanaan, behoudens onze toestemming in individuele situaties.

Wij maken een verschil tussen twee soorten ziekenvervoer:

- Ziekenvervoer per ambulance (artikel B.18.2.) als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorg;
- Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'Zittend ziekenvervoer' genoemd (artikel B.18.3.).

B.18.2. Ziekenvervoer per ambulance

B.18.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- b. ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.

Voorbeeld:

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

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

Let op!

De zorg omvat niet ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 BZa gedurende een dagdeel. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak onder de AWBZ.

B.18.2.2. Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig, behalve als:

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

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

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

1. Van:

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

Naar:

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

2. Van:

- een instelling waar u verblijft en waarvan dit verblijf helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ valt;

Naar:

- een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;
- een zorgverlener voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen.

3. Van:

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

Naar:

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

B.18.3. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

B.18.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer per eigen auto, huurauto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de eigen auto, een huurauto, een taxi of openbaar vervoer (in de laagste klasse) niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van twee begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto heeft de minister een vergoeding van € 0,30 per kilometer vastgesteld. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route.

Let op!

De zorg omvat eigen bijdragen of heeft uitsluitingen:

- U hebt een eigen bijdrage van € 93,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
- U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 BZa gedurende een dagdeel. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak onder de AWBZ.
- U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
- Huurkosten van een huurauto worden niet vergoed.

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

B.18.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

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

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

Toelichting:

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

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer gebruiken wij de volgende formule op jaarbasis:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor). Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route.

Voorbeeld:

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

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Ook als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of voor vervoer met een ander vervoermiddel dan eigen auto, huurauto, taxi (zoals een boot) of in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn en de juiste vergunning hebben. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij "plaats" in artikel B.18.2.2. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

B.19. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

In dit artikel staan de voorwaarden voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Wij maken een verschil tussen:

- eerstelijns psychologische zorg (artikel B.19.1.);
- specialistische GGZ (artikel B.19.2.).

B.19.1. Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

B.19.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat maximaal vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.

Let op!

De zorg omvat eigen bijdragen of heeft uitsluitingen:

- a. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting.

- b. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- voor een internetbehandeltraject.
- c. De zorg omvat niet:
 - een intelligentieonderzoek;
 - dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.20.);
 - schoolpsychologische zorg;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard. Bijvoorbeeld trainingen en cursussen;
 - orthopedagogische zorg.

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

B.19.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- Een dubbelconsult telt als twee consulten.
- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een gezondheidszorgpsycholoog heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, medisch specialist, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog. Zorg mag niet worden verleend door anderen, ook niet onder verantwoordelijkheid van een gezondheidszorg psycholoog, tenzij we dit anders met de betreffende gezondheidszorgpsycholoog hebben afgesproken en dat schriftelijk hebben vastgelegd. Als de zorg via internet wordt verleend, hebben wij daarover met de zorgverlener afspraken gemaakt en hem gecontracteerd.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- a. in de praktijk van de behandelend zorgverlener; of
- b. in een instelling waar eerstelijns psychologische zorg wordt geleverd zonder dat sprake is van een opname; of

c. via internet.

Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.19.2. Specialistische GGZ

B.19.2.1. Specialistische GGZ met opname

B.19.2.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ) zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.

De zorg omvat gedurende maximaal 365 dagen:

- de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;
- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorzichting met medische noodzaak), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg.

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

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

Eigen bijdrage bij opname

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 145,- per maand voor opname in verband met geneeskundige GGZ. Hierbij geldt dat:

- over de eerste 31 dagen van de opname geen eigen bijdrage wordt gerekend;
- een onderbreking van de opname van maximaal 7 dagen niet wordt gezien als onderbreking, maar als doorlopende opname;
- een onderbreking van maximaal 7 dagen niet mee telt in de berekening van de eerste 31 dagen zoals benoemd onder a.;
- opnamedagen over een gedeelte van een maand naar rato worden berekend.

Voorbeeld:

U wordt opgenomen op 20 maart. Op 5 april wordt uw opname beëindigd, maar op 11 april wordt u opnieuw opgenomen. Op 25 juli wordt uw opname vervolgens definitief beëindigd.

De onderbreking heeft 5 dagen geduurd, dus wordt gezien als doorlopende opname van 20 maart tot en met 25 juli.

De eerste 31 dagen hoeft u geen eigen bijdrage te betalen, dus van 20 maart tot en met 21 april. Echter, de onderbreking van 5 dagen telt niet mee, dus lopen de eerste 31 dagen tot en met 26 april.

Vanaf 27 april tot en met 25 juli is dus wel een eigen bijdrage verschuldigd van € 145,- per maand.

De berekening is dan als volgt:

€ 145,- x 12 x 4 dagen (aantal opnamedagen in april) = 6960 : 365 dagen = € 19,07.

€ 145,- x 2 (maanden mei en juni) = € 290,-.

€ 145,- x 12 x 25 dagen (aantal opnamedagen in juli) = 43500 : 365 dagen = € 119,18.

Totaal eigen bijdrage: € 19,07 voor april + € 290,- voor mei en juni + € 119,18 voor juli = € 428,25.

Let op!

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 100,- voor behandeling (DOT-zorgproductcode (inclusief DBC)) tot 100 minuten.

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 200,- voor behandeling (DOT-zorgproductcode (inclusief DBC)) van 100 minuten of meer.

Deze wettelijke eigen bijdragen van € 100,- en € 200,- gelden niet als sprake is van:

- 1) een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) voor crisis;
- 2) een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) voor indirecte tijd;
- 3) een DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) voor bemoeizorg. Dit is zorg die tot doel heeft zorg mijdende, kwetsbare groepen te behan-

delen. Daarmee wordt het op straat leven van kwetsbare mensen en de overlast die dat voor de lokale bevolking kan geven, voorkomen;

- 4) zorg bij verblijf op grond van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ); een bijzondere (onvrijwillige) opname.

Per jaar geldt een maximum van € 200,- aan wettelijke eigen bijdragen voor behandeling. De eigen bijdrage van € 145,- per maand voor opname is altijd van toepassing.

B.19.2.1.2. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een psychiater of zenuwarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, een andere medisch specialist of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Zorgverlener

Een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg, inclusief het verblijf. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg, inclusief het verblijf, wordt verleend in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.19.2.2. Specialistische GGZ zonder opname

B.19.2.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ) naar de normen van psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoe-

ning) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.

De zorg omvat tevens:

- de psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie;
- andere specialistische GGZ zonder opname;
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Let op!

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 100,- voor behandeling (DOT-zorgproductcode (inclusief DBC)) tot 100 minuten.

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 200,- voor behandeling (DOT-zorgproductcode (inclusief DBC)) van 100 minuten of meer.

Deze wettelijke eigen bijdragen gelden niet als sprake is van een "DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) indirecte tijd". Hiervan is sprake wanneer er geen behandeling, diagnostiek of crisisactiviteiten hebben plaatsgevonden.

Per jaar geldt een maximum van € 200,- aan wettelijke eigen bijdragen voor behandeling.

De zorg omvat niet:

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- behandeling van aanpassingsstoornissen.

B.19.2.2.2. Voorwaarden

De voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen, zijn verschillend voor:

- psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie (artikel B.19.2.2.2.1.) en
- andere specialistische GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet (langdurige) psychoanalytische psychotherapie) (artikel B.19.2.2.2.1.).

Hierna worden per categorie de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om recht op de zorg te hebben.

B.19.2.2.2.1. Psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorg-

advies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, een andere medisch specialist, Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg of een bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan niet verwijzen als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Zorgverlener

Een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch specialistische zorg verleent de psychotherapie. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De psychotherapie, waaronder ook (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen. Psychotherapie voor zover het niet om een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie gaat, kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

B.19.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een psychiater of zenuwarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de

Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Zorgverlener

Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen. De zorg kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

B.20. DYSLEXIEZORG

B.20.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het onderzoeken of sprake is van en behandeling van ernstige dyslexie. Onder ernstige dyslexie verstaan we een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

Het gaat om zorg voor kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen. Deze zorg mag niet beginnen:

- in 2012 nadat het kind twaalf jaar is geworden;
- in 2013 nadat het kind dertien jaar is geworden.

Let op!

De zorg omvat niet remedial teaching.

B.20.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het vaststellen van de oorzaak (diagnose) wordt uitgevoerd met meetinstrumenten die voldoen aan de eisen voor psychodiagnostische tests (COTAN: Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP).
- Behandeling vindt plaats in een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair), waarbij de hieronder genoemde zorgverlener onder het kopje "zorgverlener" eindverantwoordelijk is volgens een behandelplan en

evaluatie achteraf;

- Het gaat om zorg die plaatsvindt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite;
- Voordat een kind voor diagnostiek in aanmerking komt, moet de school een anamneserapport hebben opgesteld waaruit blijkt dat de school alles heeft gedaan wat conform het Protocol leesproblemen en dyslexie op school dient te gebeuren.

Verwijzing

De verwijzing moet door school gebeuren door een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Zorgverlener

Psychologen en orthopedagogen:

- a. die zijn geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog); en
- b. die een aanvullende specialisatie diagnostiek en behandeling van dyslexie hebben; en
- c. die zijn aangesloten bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD) of het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD).

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of op school.

B.21. PREVENTIE

B.21.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventie naar de normen van huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen, klinisch psychologen en fysiotherapeuten voor mensen met (een hoog risico op) een chronische ziekte. Doel van de zorg is gedragsverandering en het vasthouden van gezond gedrag in het dagelijks leven. De zorg kan plaatsvinden op consultbasis, via internet en in groepsessies.

Deze zorg richt zich op:

- a. problematisch alcoholgebruik;
- b. depressieve klachten;
- c. het adviseren en motiveren van gezond gedrag bij overgewicht en obesitas.

Let op!

Als de zorg bestaat uit eerstelijns psychologische

zorg zoals beschreven in artikel B.19.1., dan omvat deze zorg maximaal vijf zittingen en heeft deze zorg de volgende wettelijke eigen bijdrage:

- a. € 20,- per zitting;
- b. € 50,- voor een internetbehandeltraject.

De zorg omvat voorts niet:

- behandeling bij overgewicht en/of obesitas;
- dagbehandeling en/of verblijf.

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

B.21.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist, bedrijfsarts.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- a. een huisarts;
- b. een medisch specialist;
- c. een verloskundige, tenzij de zorg is gericht op depressieve klachten;
- d. een gezondheidszorgpsycholoog;
- e. een door ons gecontracteerde zorgverlener of door ons gecontracteerde organisatie voor die preventie waarover afspraken zijn gemaakt.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

B.22. VOORWAARDELIJKE ZORG

B.22.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de volgende zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voorwaardelijk voor een bepaalde periode zijn aangewezen:

Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie.

B.22.2. Voorwaarden

Algemeen

De indicatie en behandeling zijn overeenkomstig de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Zorgverlener

Een door ons erkende zorgverlener verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

=====

HOOFDSTUK C

ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

C.0. INLEIDING

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw basisverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de basisverzekeringen die geen zorgverzekering zijn;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de basisverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;
- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van de begrippen die in de verzekeringsvoorwaarden aanvullende verzekering voorkomen en die we nog niet hebben uitgelegd in hoofdstuk A.

Beweegprogramma

Een beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl. De duur van het beweegprogramma ligt vooraf vast. Binnen het programma is het doel een gedragsverandering te bereiken. Hieronder verstaan wij niet algemene beweegprogramma's met als doel verbetering van conditie.

Bijkomende kosten

Kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Met "bijkomende kosten" bedoelen wij bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, verbandmiddelen en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Woont u niet in Nederland? En hebt u juist om die reden bij ons een (andere) aanvullende verzekering gesloten? Dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Gezin of gezinsleden

Onder gezin of gezinsleden verstaan wij de personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen. Onder die personen verstaan wij ook:

- kinderen tot 18 jaar;
- kinderen met een wettelijk recht op studiefinanciering;
- studerende kinderen tot en met 27 jaar, ook als zij niet op hetzelfde adres wonen als u (verzekeringnemer) en dus niet met u een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- adoptiekinderen;
- pleegkinderen;
- degenen die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, als gezinslid worden aangewezen.

Wij moeten gezinsleden als verzekerden hebben geaccepteerd en op het polisblad hebben vermeld.

Gezondheidskursus

Een (theoretisch) compleet leerprogramma dat binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In het leerprogramma staat het vergroten van uw kennis over een gezonde levensstijl centraal. In de cursus of het programma krijgt u via persoonlijk contact vaardigheden aangeleerd en/of informatie aangeboden die leidt / leiden tot een gedragsverandering. Het doel is dat u leert hoe u zelf in staat bent om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

Herstel & Balans

Dit is een landelijk behandelprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Herstel & Balans biedt een reactiveringsprogramma (revalidatie) van drie maanden. Dit programma is opgebouwd uit verschillende onderdelen.

Inenting

Het geheel van de zorg, bestaande uit:

- levering van de entstof en/of geneesmiddelen;
- het injectiemateriaal;
- toediening door middel van een of meerdere injecties;
- de bijbehorende registratie / administratie;
- (eventueel) bijbehorend diagnostisch (bloed)onderzoek voor de bepaling van de entstof; en
- het in rekening gebrachte consult.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg en die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
- CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
- Platform VG (Platform Verstandelijk Gehandicapten);
- LPGGz (Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg).

Podoloog

Een podoloog is lid van een vereniging van podologen die wij hebben erkend, en heeft een praktijk als podoloog.

Schoonheidsspecialist

Degene die een erkend diploma en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten heeft met een specialisatie in de behandelingen waarvan u de kosten bij ons hebt verzekerd. De schoonheidsspecialist is met die specialisatie geregi-

streerd bij de organisatie ANBOS.

Thuiszorgorganisatie

Instelling waarmee afspraken zijn gemaakt over het leveren van thuiszorg zoals bedoeld in de AWBZ of van zorg die daarmee vergelijkbaar is.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land hebt. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont. Verblijft u daar korter dan 365 dagen dan beschouwen we dat verblijf als tijdelijk en niet als wonen.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Z-index

De Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-standaard. Wij gebruiken deze G-standaard bijvoorbeeld om te zien of een geneesmiddel geregistreerd is en wat het tarief is voor dat geneesmiddel.

C.2. BASIS VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING EN NIET-ZORGVERZEKERING

C.2.1. Basis

In aanvulling op artikel A.2. kunnen de aanvullende verzekering en/of de niet-zorgverzekeringen gebaseerd zijn op:

- a. een Vergoedingen Overzicht voor uw verzekeringen;
- b. de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld;
- c. eventuele ingevulde keuringsrapporten;

C.2.2. Afwijkingen die kunnen gelden

Van één of meer artikelen in deze verzekeringsvoorwaarden kan worden afgeweken in:

- a. het Vergoedingen Overzicht;
- b. een bijkomende of collectieve overeenkomst;
- c. de afwijkende voorwaarden die zijn beschreven in artikel C.11.

C.2.3. Verwijzingen in Vergoedingen Overzicht

U hebt alleen recht op vergoeding van die artikelen die vermeld staan op uw Vergoedingen Overzicht(en). Als niet het gehele vergoedingsartikel wordt vermeld maar een onderdeel daarvan, dan zijn ook de omschrijving van die zorg, de uitsluitingen (zie "Let op!") en de voorwaarden van toepassing die in dat artikel staan beschreven.

C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

C.3.1. Diverse aanvullende verzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt verschillende soorten aanvullende verzekeringen afsluiten, voor uzelf en voor anderen. Sommige aanvullende verzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben.

C.3.2. Per gezinslid

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw polis kiezen uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen per verzekerde verschillen.

C.3.3. Kinderen tot 18 jaar

- a. Voor elke verzekerde op de polis kunt u een of meerdere aanvullende verzekeringen afsluiten. De aanvullende verzekering van een kind moet hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders. Heeft het kind meerdere aanvullende verzekeringen, dan moet minstens één van de ouders diezelfde combinatie van aanvullende verzekeringen hebben.
- b. Als de ouders onderling verschillende combinaties van aanvullende verzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke combinatie het betreffende kind verzekerd moet worden.
- c. U kunt voor uw kind één of meer andere aanvullende verzekeringen afsluiten dan zijn ouders hebben. De aanvullende verzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook niet die aanvullende verzekering als die hetzelfde is als een van de aanvullende verzekeringen van een of beide ouders, zolang uw kind tenminste één aanvullende verzekering heeft die zijn ouders niet hebben. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

C.4.1. Begin en duur

Als de aanvullende verzekering op 1 januari in-

gaat, is die aanvullende verzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende verzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw polis worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende verzekering even lang als die van u.

C.5. VERZWIJGING

C.5.1. Vragen

Voordat wij u accepteren, kan het zijn dat wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener) stellen. U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen twee maanden na ontdekking de aanvullende verzekering of de basisverzekering die niet een zorgverzekering is meteen beëindigen.

C.5.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u twee kalendermaanden de gelegenheid om uw aanvullende verzekering of een basisverzekering die niet een zorgverzekering is, met directe ingang te beëindigen.

C.6. BEËINDIGEN OF WIJZIGEN

C.6.1. Van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve aanvullende verzekering en collectieve basisverzekering die niet een zorgverzekering is om in een individuele verzekering in de volgende gevallen:

- a. Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Geeft u dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent aan ons door, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelna-

me eindigt.

- b. Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via een rechtspersoon die uw belangen behartigt. Wij doen dit per de datum dat u niet meer aangemerkt kunt worden als een persoon wiens belangen door die rechtspersoon worden behartigd.

Op het moment dat deelname aan de collectiviteit eindigt, vervalt de collectiviteitskorting. De collectieve verzekering(en) worden na beëindiging van deelname aan de collectiviteit aansluitend voortgezet op basis van de voorwaarden die voor een individuele verzekering gelden en het meest lijken op de voormalige collectieve voorwaarden. Vanaf dat moment moet u de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

C.6.2. Beëindiging voor alle verzekerden

Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende verzekering en/of een basisverzekering die niet een zorgverzekering is, hebt gegeven onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de betreffende verzekering binnen 60 dagen na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding hebben betaald.

C.6.3. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering en een basisverzekering die niet een zorgverzekering is, van één verzekerde op het moment dat sprake is van (één van) de volgende situaties:

- a. De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- b. Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze verzekeringsvoorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen en wij hebben u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende verzekering te behouden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

C.6.4. Geen beëindiging

U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- a. de verzekeringsvoorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of niet meer plichten krijgt;
- b. de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- c. de verzekeringsvoorwaarden of de premie die

niet te maken heeft met de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten;

- d. de verzekeringsvoorwaarden als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling.

C.7. HOOGTE PREMIE EN KOSTEN

Naast de kosten die we hebben genoemd in hoofdstuk A moet u (verzekeringnemer) voor uw aanvullende verzekering ook kosten betalen, die bestaan uit:

- a. een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende verzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de ouders geen (of een andere reeks van een) aanvullende verzekering bij ons hebben afgesloten. Wij brengen de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- b. een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende verzekering, maar geen basisverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- c. een toeslag op de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt;
- d. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties.

C.8. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

De situatie kan zich voordoen dat u ons nog premie en kosten moet betalen voor een aanvullende verzekering of een basisverzekering die een niet-zorgverzekering is, en die inmiddels beëindigd is. Als u dan een nieuwe verzekering bij ons afsluit, dan hebben wij het recht:

- a. de kosten van zorg die u uit uw nieuwe aanvullende verzekering of nieuwe niet-zorgverzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- b. onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt.

C.9. VERGOEDING

C.9.1. Volgorde van vergoeding

Nota's worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoog-

te van) vergoeding van nota's hanteren we een bepaalde volgorde:

- a. eerst de basisverzekering of AWBZ;
- b. dan een algemene aanvullende verzekering;
- c. tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soorten zorg. Bijvoorbeeld een aanvullende verzekering voor mondzorg of een aanvullende verzekering voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

C.9.2. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw verzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet.

C.9.3. Maximum vergoeding bij wijziging van aanvullende verzekering

Dit artikel is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit artikel D.8.5.

Stel u krijgt een behandeling die u op grond van uw aanvullende verzekering vergoed krijgt maar niet volledig. U sluit hierna een andere aanvullende verzekering af die die behandeling ook vergoedt maar niet helemaal. Die nieuwe aanvullende verzekering vergoedt die behandeling namelijk tot een bepaald bedrag of tot een bepaald aantal behandelingen in een periode langer dan één kalenderjaar. Dan:

- a. telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- b. telt het aantal behandelingen dat u in uw vorige aanvullende verzekering bij ons kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- c. loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende verzekering.

Dit meetellen voor de maximale vergoeding geldt ook als wij in uw aanvullende verzekering het vergoedingsbedrag of -aantal wijzigen. Eerder toegekende vergoedingen blijven ook dan meetellen.

C.9.4. Doorlopende vergoedingen

De AWBZ en uw basisverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- a. als de kosten betrekking hebben op behandelingen die zijn opgenomen in uw basisverzeke-

ring of de AWBZ; en

- b. als de zorg volgens de richtlijnen van uw basisverzekering of de AWBZ niet wordt afgewezen; en
- c. als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de AWBZ of uw basisverzekering; en
- d. als de vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering; en
- e. als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen; en
- f. als wij een originele schriftelijke verklaring van de AWBZ of de (zorg)verzekeraar van de basisverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgehandeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afhandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.9.5. Buitenlandse nota's

We nemen afschriften van buitenlandse originele nota's in behandeling. Deze afschriften moeten ingestuurd worden met een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Uit de verklaring moet blijken:

- a. dat het geheel of een deel van de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen;
- b. hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

C.10. ALGEMENE UITSLUITINGEN

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Dan vergoeden wij deze zorg niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende verzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- a. Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:

- 1) een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals uw basisverzekering en de AWBZ; of
 - 2) een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals bij voorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - 3) een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag; of
 - 4) een andere overeenkomst ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering).
- b. Kosten:
- 1) die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland; en
 - 2) die vallen onder de vergoeding van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een vergoeding voor medische kosten in het buitenland, of die de reisverzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorschoten; en
 - 3) die de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten, bij ons declareert.
- c. Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.10.3. Eigen bijdrage, eigen risico en lager tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingenoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- a. de wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet;
- b. kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de basisverzekering;
- c. kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- d. kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

De volgende kosten vergoeden wij in geen enkel geval:

- a. kosten die volgens uw basisverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten;
- b. kosten die volgens uw basisverzekering voor

uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend tegen een hoger tarief dan waarvoor uw basisverzekering vergoeding geeft.

C.10.4. Schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Kosten door uw schuld. Dit zijn kosten die ontstaan zijn:
 - 1) door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
 - 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
 - 3) doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig tegenwerkt of tegenhoudt.
- b. Kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener). In deze gevallen zullen wij de vergoeding naar evenredigheid verlagen. Deze verlaging vindt alleen plaats als wij, wanneer wij de waarheid hadden geweten, een hogere premie zouden hebben vastgesteld. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:
 - 1) aangifte doen bij de politie;
 - 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - 3) een registratie doen in de door verzekeraars gebruikte signaleringssystemen;
 - 4) een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

C.11. AFWIJKENDE VOORWAARDEN

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden die hiervoor zijn beschreven of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw basisverzekering als dit niet een zorgverzekering is.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of een van de volgende afwijkende of aanvullende voorwaarden voor u geldt.

C.11.1. Niet-zorgverzekering

C.11.1.1. Omschrijving

Uw basisverzekering is geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Dit noemen wij een "niet-zorgverzekering". Deze niet-zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet. Dit is het geval als u geen ingezetene bent van Nederland.

C.11.1.2. Einde niet-zorgverzekering

Uw niet-zorgverzekering eindigt:

- als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet;
- als u verhuist naar een ander land;
- als u woont in een andere EU-lidstaat dan Nederland, een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten. Daarbij hebt u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 of nr. 883/04 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

C.11.1.3. Eigen risico

Voor u gelden de volgende regels voor het eigen risico:

- U kunt kiezen voor verschillende eigen risico bedragen per verzekerde per jaar. De hoogte van het eigen risico bedrag dat op u van toepassing is, vindt u op het polisblad;
- Alle leden van uw gezin kiezen hetzelfde eigen risico bedrag;
- Het gezins eigen risico bedraagt maximaal tweemaal het eigen risico dat u per verzekerde hebt gekozen.

C.11.1.4. Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afwikkeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Dit is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is. Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot het

hoogste tarief.

C.11.1.5. Rechtsgang

Op uw niet-zorgverzekering is artikel A.21.2.b. niet van toepassing. Voor de rechtsgang kunt u zich wenden tot de burgerlijke rechter.

C.11.2. Verdragspolis

C.11.2.1. Begin, duur en einde

De Verdragspolis kunt u alleen voor uzelf en uw (fictief) medeverzekerde sluiten als u verdragsverzekerde bent. U bent verdragsverzekerde als u Nederlands ingezetene bent, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een Verdragsland. Onder (fictief) medeverzekerde verstaan we de echtgenoot, echtgenote, partner of kind tot 18 jaar van de verdragsverzekerde.

Deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind heeft geen eigen inkomen uit Nederland. Is dit wel het geval moet u dat ons mededelen.

De Verdragspolis en uw aanvullende verzekering eindigen als:

- u of uw (fictief) medeverzekerde volgens de Verordening (EEG) Nr. 883/04 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER;
- u of uw (fictief) medeverzekerde volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van Zwitserland; of
- u of uw (fictief) medeverzekerde geen recht meer hebt op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

C.11.2.2. Geen vergoeding

De Verdragspolis geeft geen recht op vergoeding van kosten voor zorg die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

C.11.3. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

C.11.3.1.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u woont in een EU-lidstaat (anders dan Nederland), een EER-Lidstaat of een Verdragsland

waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten; en

- c. u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 of nr. 883/04 recht hebt op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland; en
- d. u ons een afschrift hebt gegeven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

C.11.3.2.

Uw aanvullende verzekering eindigt als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

C.11.3.3.

Uw aanvullende verzekering eindigt:

- a. als u verhuist naar een ander land dan waar u woonde toen de aanvullende verzekering van kracht werd; of
- b. op het moment dat u niet langer verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet.

C.11.3.4.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- a. u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- b. u bij ons een Zorgverzekering Natura hebt gesloten met het hoogste vrijwillig eigen risico (€ 500,- per verzekerde per jaar); en
- c. u deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende verzekering hebt kunnen sluiten; en
- d. u geen andere aanvullende verzekeringen hebt gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.5.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- a. u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- b. u bent ingeschreven bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht. Dit uitkeringsrecht is genoemd in de collectieve over-

eenkomst of is op grond van die collectieve overeenkomst daarmee gelijkgesteld.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.6.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- a. u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- b. de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden voor u geldt.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarden.

C.11.3.7.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als u voor rekening van de AWBZ verblijft in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor een ziektekostenverzekering hebben gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarde.

C.11.3.8. Meegroei-service

In een aantal gevallen kunt u uw aanvullende verzekering wijzigen. Bijvoorbeeld bij: zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samenwonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensioenering of als uw kinderen het huis uit gaan. Dit kan maximaal één keer per jaar; de wijziging kunt u telefonisch aanvragen. De nieuwe aanvullende verzekering gaat dan in op de eerste dag van de volgende kalendermaand nadat u de wijziging hebt aangevraagd. U kunt de nieuwe aanvullende verzekering ook later in laten gaan.

C.11.4. Zorg en (geen) vergoeding van kosten

C.11.4.1.

Uw aanvullende verzekering geeft een aanvullende dekking op de zorg en kosten die u vergoed krijgt vanuit de gezondheidszorg of de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland.

Kosten die u niet of niet volledig vergoed krijgt uit uw woonland, maar die wel onder de zorgverzekering in Nederland zouden vallen, krijgt u vergoed uit uw aanvullende verzekering.

De gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, samen met deze aanvullende verzekering, voorzien in een dekking van kosten in uw woonland. De omvang is daarmee

gelijk aan de dekking van de zorgverzekering als u diezelfde kosten in Nederland zou hebben gemaakt.

C.11.4.2.

Uw aanvullende verzekering geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen. Onder Europa verstaan we de gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) en de landen die gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

C.11.4.3.

Uw aanvullende verzekering geeft u, een missionaris, tijdens uw verblijf en werkzaamheden in het buitenland geen recht op vergoeding van kosten.

C.11.4.4.

Uw aanvullende verzekering geeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- a. zorg die zuiver arbeidsgerelateerd of arbeidsrelevant is;
- b. zuiver cosmetische of esthetische chirurgie;
- c. verwijdering van overtollig lichaamsvet.

C.11.4.5. Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afhandeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Deze nota's kun-

nen betrekking hebben op zorg die valt onder de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Deze nota's kunnen ook betrekking hebben op zorg die daarbuiten valt maar in Nederland wel onder de Zorgverzekeringswet valt.

Het marktconforme tarief is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is.

C.11.5. Premie

C.11.5.1.

Op uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekeringen passen we de premie aan als u de leeftijd bereikt van 18, 30, 40, 50, 60 en 70 jaar. De premiewijziging gaat in op de eerste dag van de volgende kalendermaand nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.

C.11.5.2.

Voor uw kinderen tot 18 jaar en eventuele andere gezinsleden betaalt u geen premie voor hun aanvullende verzekering als:

- a. u werknemer bent van de collectiviteit waarvoor dit artikel geldt; en
- b. u en uw gezinsleden zich hebben aangemeld voor dezelfde aanvullende verzekeringen binnen de collectiviteit; en
- c. uw gezinsleden vallen onder de zogenoemde Overgangsregeling 2006.

=====

HOOFDSTUK D

BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

D.0. INLEIDING

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw basisverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de basisverzekeringen die geen zorgverzekering zijn;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de basisverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;
- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

D.1. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

D.1.0. Medisch specialistische zorg algemeen

D.1.0.1. Tarieven

Voor medisch specialistische zorg die wij vergoeden uit de aanvullende verzekering, geldt meestal niet een wettelijk bepaald, vast tarief (het zogenaamde "punttarief"). Het tarief wordt dan bepaald door de medisch specialist.

In veel gevallen maken wij met medisch-specialisten en instellingen van medisch-specialistische zorg afspraken tot welke tarieven wij maximaal vergoeden. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Let op!

In Nederland kunnen de tarieven voor medisch specialistische zorg erg uiteen lopen. U loopt daardoor de kans dat u een (hoog) bedrag zelf moet betalen. Neem daarom vooraf contact met ons op.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.1.1. Sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat sterilisatie.

D.1.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een sterilisatie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts of arts verstandelijk gehandicapten.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of huisarts.

Plaats

De sterilisatie vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch specialistische zorg;
- 2) de huispraktijk van de medisch specialist of huisarts;
- 3) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het ongedaan maken van sterilisatie.

D.1.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het ongedaan maken van een sterilisatie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.2.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).

D.1.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van de oorstand (flaporen). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.3.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of Jeugdgezondheidszorg-arts.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezichtsscherptebehandelingen naar de normen van medisch specialisten ter correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling.

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het bedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U krijgt de behandeling niet vergoed uit de basisverzekering.
- b. U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Zorgverlener

Een medisch specialist (oogarts) voert de behandeling uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De behandeling vindt plaats in:

- a. een instelling voor medisch specialistische zorg;
- b. een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat besnijdenis (circumcisie). Bij een mannelijke verzekerde kan sprake zijn van:

- een medisch noodzakelijke besnijdenis;
- een besnijdenis die niet medisch noodzakelijk is, maar plaatsvindt op sociale religieuze gronden of anderszins.

D.1.5.2. Waar hebt u recht op?

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij:

- een medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- een besnijdenis (circumcisie) die niet medisch noodzakelijk is, maar plaatsvindt op sociale religieuze gronden of anderszins.

Hoeveel en wat wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.5.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch-specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen. U moet dan natuurlijk wel verzekerd zijn voor een besnijdenis om andere redenen. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- een medisch noodzakelijke besnijdenis wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist;
- een besnijdenis die niet medisch noodzakelijk is wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of daartoe bevoegde huisarts of een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg, bijvoorbeeld: vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De besnijdenis vindt plaats in of bij:

- 1) een instelling voor medisch specialistische zorg;
- 2) de locatie van de praktijk van de huisarts, die de besnijdenis uitvoert.

D.1.6. Correctie van de bovenoogleden

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden.

D.1.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.

D.1.6.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het verslapte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt, waardoor sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking.
- b. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).
- c. Wij hebben een aanvraag van uw behandelend medisch specialist ontvangen. Hierop staat een omschrijving en motivatie van de behandeling.
- d. U stuurt ons een recente kleurenfoto waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto hebt uzelf gemaakt of een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een oogarts of plastisch chirurg voert de behandeling uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De correctie van de bovenoogleden vindt plaats in:

- a. een instelling voor medisch specialistische zorg;
- b. een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.7. Cosmetische behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat cosmetische behandelingen en is uitsluitend gericht op verfraaiing van het uiterlijk.

D.1.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden cosmetische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden ooglaserbepaling niet onder dit artikel maar in artikel D.1.4. (gezichtsscherpbe-handelingen); kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.

D.1.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De maximum vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- b. De maximum vergoeding geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.
- c. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening door middel van een nota met vermelding van de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.8. Behandeling tegen snurken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandeling tegen snurken.

D.1.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van (voorgeschreven) hulpmiddelen tegen snurken

D.1.8.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.9. Vervanging van borstprothese

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg (plastische chirurgie) ter vervanging van een of beide borstprothese(n).

D.1.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de vervanging van een of beide borstprothese(n). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Er is sprake van een medische noodzaak voor het operatief verwijderen van (een) borstprothese(n) die is ingebracht in een andere situatie dan na een borstampuatie. Als het gaat om vervanging van een borstprothese die is ingebracht na een borstampuatie, dan wordt dat uit de basisverzekering vergoed.
- b. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

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

vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.2. PREVENTIE

D.2.1. Preventieve inenting

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.1.1. Omschrijving van de zorg

Preventieve inenting omvatten zorg ter voorkoming van infectieziekten.

D.2.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventieve inenting tegen:

- a. griep (influenza);
- b. meningococci.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de inenting die zijn gegeven of hadden moeten worden gegeven op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.

D.2.1.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Voor de preventieve inenting tegen meningococci moet de medisch noodzaak zijn vastgesteld door een arts, bedrijfsarts of G.G.D.-arts.

Zorgverlener

Een apotheek, G.G.D. of door ons gecontracteerde leverancier levert de entstof van de preventieve inenting. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.2. Preventieve onderzoeken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventieve onderzoeken om een ziekte te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen.

D.2.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende preventieve onderzoeken:

- a. preventief onderzoek, zoals onderzoek naar

aandoeningen aan hart en bloedvaten;

- b. onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet:

1. zelftesten;
2. (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
3. (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn en die vallen onder de vergoeding van de basisverzekering;
4. (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning nodig is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
5. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard of in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
6. (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar in artikel D.2.6. "Sportmedisch advies";
7. beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);
8. werkplek onderzoeken;
9. keuringen gericht op arbeidsintegratie;
10. keuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).

D.2.2.3. Voorwaarden

Algemeen

Het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is;

Zorgverlener

- a. Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- b. Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.2.b. wordt uitgevoerd door een door ons erkende en gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. Wij vergoeden geen onderzoeken als deze plaatsvinden door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventieve maatregelen in de vorm van bepaalde tabletten, inentingen en geneesmiddelen in verband met een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Deze zorg omvat tevens een inentingsboekje of vaccinatieboekje dat als officiële verklaring hoort bij de inenting.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.3.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.2.3.1. vergoeden wij ter voorkoming van een ziekte:

- a. tabletten tegen:
 - 1 malaria;
 - 2 tyfus.
- b. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1 difterie;
 - 2 tetanus;
 - 3 polio;
 - 4 hepatitis-A;
 - 5 hepatitis-A/B (combinatievaccin);
 - 6 gele koorts;
 - 7 tyfus.

Let op!

Een hepatitis B vaccinatie wordt niet vergoed, alleen de combinatie A/B (Twinrix).

- c. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1 hepatitis-B;
 - 2 tuberculose;
 - 3 meningitis;
 - 4 Japanse encefalitis;
 - 5 tekenencefalitis;
 - 6 rabiës (hondsdolheid).
- d. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) cholera.
- e. preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen in verband met een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.3.3. Voorwaarden

Algemeen

U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inentingen of - geneesmiddelen worden voorgeschreven.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) heeft de medische noodzaak vastgesteld voor de preventieve middelen of preventieve inentingen en geeft deze.

Zorgverlener

Een apotheek, een G.G.D. of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.4. Medische screening bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventief onderzoek (medische screening) bij adoptiekinderen die afkomstig zijn uit het buitenland.

D.2.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventief onderzoek bij adoptiekinderen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Een preventief onderzoek van uw adoptiekind moet met het daarvoor bestemde DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) worden gedeclareerd door een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.2.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- d. Het preventieve onderzoek (medische screening) hangt samen met het adoptieproces.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door een kinderarts. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland.

D.2.5. Consulten voor vrouwen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat consulten voor vrouwen.

D.2.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op:

- a. de overgang;
- b. jonge vrouwen;
- c. zorgeloos zwanger zijn;
- d. een kinderwens;
- e. kankerpreventie.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.5.3. Voorwaarden

Zorgverlener

- a. de overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende of gecontracteerde beroepsgroep;
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- b. de overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door:
 - een verloskundige;
 - een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.6. Sportmedisch advies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat sportmedisch advies.

D.2.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. sportmedische behandelingen;
- b. sportkeuringen;
- c. röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- d. sportmedische consulten en sportmedisch onderzoek.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.6.3. Voorwaarden

Algemeen

Röntgen- en laboratoriumonderzoek vindt plaats ten behoeve van keuringen.

Zorgverlener

a. De sportarts:

- 1) is geregistreerd in het register van sociaal-geneeskundigen volgens de Wet BIG en werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen; of
- 2) is geregistreerd als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.

b. De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.7. Voedingsadvies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voedingsadvies. Dit bestaat uit advisering en begeleiding bij gewichtscntrole.

D.2.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor voedingsadvies. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en als sprake is van een lichte mate van overgewicht (BMI tussen 25 en 30, bij uitzondering boven 30);
- b. De zorg richt zich op gewichtscntrole.

Zorgverlener

De zorg wordt gegeven door:

- a. een gediplomeerde gewichtsconsulent die is aangesloten bij een door ons erkende of gecontracteerde vereniging van gewichtsconsu-

lenten. De Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) is een door ons erkende vereniging;

b. een diëtist.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.8. Gezondheids cursussen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezondheids cursussen gericht op het voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte. U bent dan zelf in staat bent om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

D.2.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de in artikel D.2.8.1. beschreven gezondheids cursussen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet:

- 1) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
- 2) beweegprogramma's. Die vallen in artikel D.22.;
- 3) bedrijfshulpverlenings cursussen, waaronder EHBO- cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang.

D.2.8.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Voor de extra vergoeding voor diabetes patiënten moet u als diabetespatiënt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik maken van het internethulpmiddel Diabetes Pas;
- b. In de gehele periode dat u een gezondheids cursus volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een gezondheids cursus.

Zorgverlener

De gezondheids cursus wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- d. (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- e. een organisatie die door het Oranje Kruis is gecertificeerd danwel het Oranje Kruis zelf, als de gezondheids cursus betrekking heeft op een

EHBO- cursus;

f. een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus;

g. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.2.9. Contributie patiëntenvereniging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de contributie en/of het inschrijfgeld van bepaalde patiëntenverenigingen, kruisverenigingen of thuiszorginstellingen.

D.2.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van.

a. één of meer patiëntenverenigingen;

b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.

Het aantal van die verenigingen en de hoogte van die contributie of het inschrijfgeld staan op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.9.3. Voorwaarden

Zorgverlener

De contributie en/of het inschrijfgeld betreffen:

- a. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling die regionaal of landelijk kan werken of georganiseerd kan zijn.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.3. GENEESMIDDELEN

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. De voorwaarden uit artikel B.15.1. gelden ook voor de geneesmiddelen die uit geheel artikel D.3. voor vergoeding in aanmerking komen.

Let op!

De volgende kosten vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:

- a. geneesmiddelen die niet door ons zijn aangegeven (voorkeursgeneesmiddelen);
- b. versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen (behalve enkele geregistreerde supplementen), dieetpreparaten en vitaminepreparaten;
- c. verzorgingsproducten zoals zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
- d. middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid.

De hieronder genoemde kosten vergoeden wij niet, behalve als u volgens uw Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk verzekerd bent voor het betreffende onderdeel van artikel D.3.:

- 1 alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- 2 eigen bijdragen voor geneesmiddelen die onder de basisverzekering vallen;
- 3 geneesmiddelen die niet onder de basisverzekering vallen, omdat ze niet in het GVS zijn opgenomen;
- 4 geneesmiddelen die niet voldoen aan de voorwaarden van Bijlage 2 (geneesmiddelen) van de Regeling zorgverzekering;
- 5 geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
- 6 bepaalde geregistreerde voedingssupplementen.

D.3.2. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf voor geneesmiddelen moet betalen.

D.3.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:

- a. anticonceptie geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen dan anticonceptie geneesmiddelen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk in artikel D.3.1. welke geneesmiddelen wij niet vergoeden.

D.3.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt op grond van de basisverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de geneesmiddelen waarvoor de eigen bijdrage GVS geldt.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts of verloskundige heeft de medische noodzaak van de geneesmiddelen vastgesteld

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts, internetapothek of apothek met "internetovereenkomst". Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woonadres.

D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat geneesmiddelen bij erectiestoornissen, bijvoorbeeld Viagra®, Cialis®, Levitra®, Androskat® en Muse®.

D.3.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- a. De geneesmiddelen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- b. De geneesmiddelen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts of medisch specialist heeft de geneesmiddelen voorgeschreven.

Zorgverlener

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

de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.3.4. Overige geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat geneesmiddelen die volgens de basisverzekering niet worden vergoed.

D.3.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geregistreerde geneesmiddelen die volgens de basisverzekering niet worden vergoed. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk in artikel D.3.1. welke geneesmiddelen wij niet vergoeden.

Wij vergoeden uit dit artikel geen geneesmiddelen die vallen onder de dekking van een van de andere artikelen van D.3.

D.3.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het gaat om bepaalde geneesmiddelen of voedingssupplementen die een Europese registratie hebben in een EU- of EER-Lidstaat, te herkennen aan een EU-nummer, en die ook een RVG-nummer hebben. Geneesmiddelen en voedings-supplementen die bewezen werkzaam, veilig en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer. Of een middel geregistreerd is, kunt u opzoeken op www.cbg-meb.nl: via "Geneesmiddelen voor mensen" kunt u doorlinken naar "Geneesmiddeleninformatiebank".

Voorbeelden zijn geregistreerde Glucosamine bij gewrichtsklachten en geregistreerde Melatonine voor kinderen met ADHD.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts of verloskundige heeft vastgesteld dat de geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apo-

theekhoudend huisarts of internetapotheek. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.3.5. Anticonceptiemiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat anticonceptie geneesmiddelen en anticonceptie hulpmiddelen die volgens de basisverzekering tot een bepaalde leeftijd worden vergoed.

D.3.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden anticonceptie geneesmiddelen en anticonceptie hulpmiddelen zoals beschreven in artikel D.3.5.1.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie geneesmiddelen en artikel D.4.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel wordt volgens de basisverzekering tot een bepaalde leeftijd vergoed.
- U krijgt op grond van de basisverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie geneesmiddelen en hulpmiddelen omdat uw leeftijd niet aan de daar gestelde voorwaarden voldoet.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige heeft vastgesteld dat het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

- Het anticonceptie geneesmiddel is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.
 - Het anticonceptie hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgverlener.
- Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

U krijgt het anticonceptie geneesmiddel in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

Het anticonceptie hulpmiddel wordt afgeleverd:

- 1) op de locatie van de zorgverlener die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- 2) op uw woonadres;
- 3) op een andere locatie die u en de zorgverlener overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.4. HULPMIDDELENZORG

D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

D.4.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de levering van:

- a. functionerende medische hulpmiddelen (zie ook artikel B.17.1.) zoals die zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. Volgens de basisverzekering krijgt u slechts een gedeeltelijke vergoeding, omdat vanuit de Zorgverzekeringswet sprake is van wettelijk vastgestelde maximum vergoedingsbedragen en wettelijke eigen bijdragen;
- b. hulpmiddelen die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen.

D.4.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij geven een vergoeding voor de volgende hulpmiddelen:

- a. functionerende medische hulpmiddelen zoals die zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. U ontvangt van ons een vergoeding van de wettelijk vastgestelde eigen bijdragen en/of een aanvullende vergoeding op de wettelijk vastgestelde maximumbedragen. Overige (meer)kosten (zoals luxe uitvoering) van een hulpmiddel worden niet vergoed.
- b. (hulp)middelen, die buiten ons Reglement Hulpmiddelen vallen en waarvoor u op grond van de basisverzekering geen vergoeding krijgt.

Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Alle uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden ook

voor bovenstaand artikel D.4.1.2.a.

De uitsluitingen a. en b. van artikel B.17.1. gelden ook voor bovenstaand artikel D.4.1.2.b.

D.4.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Als sprake is van hulpmiddelen als bedoeld in artikel D.4.1.1.a. voldoet u aan de voorwaarden van artikel B.17. en de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelen. Dit geldt niet als wij hiervan afwijken in deze verzekeringsvoorwaarden of in uw Vergoedingen Overzicht;
- b. Als sprake is van (hulp)middelen als bedoeld in artikel D.4.1.1.b. voldoet u aan de voorwaarden die in het betreffende artikel worden genoemd.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij geven per hulpmiddel aan, of wij u vooraf een akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden stellen. Hebben wij voor een hulpmiddel op grond van uw basisverzekering een akkoordverklaring afgegeven, dan is deze ook van kracht voor een aanvullende verzekering.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Als u een voorschrift nodig hebt, vermelden wij dat bij het betreffende hulpmiddel.

Zorgverlener

Het hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgverlener. Deze kan per hulpmiddel anders zijn. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd:

- 1) op de locatie van de zorgverlener die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- 2) op uw woonadres;
- 3) op een andere locatie die u en de zorgverlener overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.4.2. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van orthopedische schoenen of aanpassingen van uw confectieschoenen.

D.4.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor:

- orthopedische schoenen of aanpassingen daarop, en/of
- aanpassingen van confectieschoenen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.3. Verbandschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van verbandschoenen.

D.4.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor verbandschoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van een pruik of een andere vorm van hoofdbedekking.

D.4.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van):

- de eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor een pruik; of
- een andere vorm van hoofdbedekking.

Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.2.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.1. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus gelden de voorwaarden van de functionerende medische hulpmiddelen in ons Reglement Hulpmiddelen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.5. Hoortoestellen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van (een) hoortoestel(len).

D.4.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel (len). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.6. Plaswemaker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat huur of aanschaf van een plaswemaker met noodzakelijke toebehoren.

D.4.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een plaswemaker met noodzakelijke toebehoren als sprake is van:

- a. koop; of
- b. huur.

De vergoeding is eenmalig tijdens de gehele duur dat u bij ons verzekerd bent. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook. Verder vergoeden wij niet de kosten van huur als wij de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.

De bijbehorende broekjes worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur; wij gaan uit van maximaal 3 broekjes.

D.4.6.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, huisartsvoorziening, G.G.D.-arts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

U koopt of huurt de plaswemaker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.7. Gezichtshulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van gezichtshulpmiddelen.

D.4.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschaft.

Tip:

Als u een gezichtshulpmiddel vergoed hebt gekregen uit uw basisverzekering, maar er geldt nog een eigen bijdrage, dan kan deze eigen bijdrage worden vergoed vanuit dit artikel.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Hierop staat vermeld tot welk maximumbedrag wij binnen een bepaalde periode vergoeden.

Voorbeeld:

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2010 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren.

U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op en betaalt u op 7 juni 2010. U dient de nota bij ons in. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012. Wij betalen u € 100,-. Voor uw rekening blijft dus € 130,-. Bijna anderhalf jaar later (eind 2011) laat u nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275,- en die haalt u op 15 november 2011 op. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012) van ons al een nota voor brillenglazen vergoed hebt gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2010), vergoeden wij deze nota van € 275,- niet.

Dit voorbeeld geldt ook wanneer een periode geen kalenderjaren maar een aantal maanden omvat. Verschil is echter dat bijvoorbeeld bij een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in 24 maanden, de volgende situatie ontstaat:

Bij bijvoorbeeld aankoop van een bril op 7 juni 2010, loopt de periode waarin de vergoeding plaatsvindt, van 1 juni 2010 tot en met 31 mei 2012. U hebt dan vanaf 1 juni 2012 weer opnieuw recht op de vergoeding van € 200,-.

Bij sommige aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel D.1.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingen Over-

zicht van uw aanvullende verzekering kunt u zien of dat zo is.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook. Verder vergoeden wij niet:

- brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaf;
- niet-optische middelen (zoals brillenkoker of lenzenvloeistof);
- serviceovereenkomsten en verzekeringen;
- optische middelen niet op sterkte;
- het slijpen en/of overzetten van brillenglazen;
- bijkomende kosten.

D.4.7.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- Als het om nachtlenzen gaat, hebben zij een bepaalde refractiewaarde;
- De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.
- De nota moet voldoende gespecificeerd zijn.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.8. Steunzolen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf en reparatie van steunzolen.

D.4.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het aanmeten, de aanschaf en reparatie van steunzolen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetbehandeling (zie artikel D.4.9.) samen.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.8.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het betreft individueel gemaakte steunzolen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is

Zorgverlener

De orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker die de steunzolen maakt, is door ons erkend of gecontracteerd. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetbehandeling. Dit zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

D.4.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetbehandeling. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetbehandeling én steunzolen (zie artikel D.4.8.) samen.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.9.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U bent bij ons verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen voor voetbehandeling zijn voorgeschreven en geleverd.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een podotherapeut, podoloog of pedicure heeft vastgesteld dat de hulpmiddelen medisch noodzakelijk zijn omdat ze onderdeel zijn van een voetbehandeling.

Zorgverlener

De hulpmiddelen voor voetbehandeling worden door een podotherapeut, podoloog of pedicure geleverd. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.10. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.10.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een thuisbewakingsmonitor.

D.4.10.2. Waar hebt u recht op?

Wij stellen een thuisbewakingsmonitor in bruikleen ter beschikking voor:

- een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.10.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een kinderarts heeft vastgesteld dat thuisbewakingsmonitor en een eventuele verlenging van de bruikleenperiode medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.11. ADL-Hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.11.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

D.4.11.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden ADL-hulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.11.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een ergotherapeut heeft vastgesteld welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Zorgverlener

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier, medische speciaalzaak of een andere leverancier als dit is geadviseerd door de ergotherapeut. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.12. Thuisverzorgingsartikelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.12.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat thuisverzorgingsartikelen. Dit zijn bij voorbeeld latex handschoenen, ketonenstrips of een Habermanspeen.

D.4.12.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden thuisverzorgingsartikelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.12.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor ketonenstrips vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts heeft vastgesteld dat de thuisverzorgingsartikelen medisch noodzakelijk zijn.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.13. Huur hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.13.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verlenging van de huurperiode voor hulpmiddelen.

D.4.13.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor verlenging van de huur van hulpmiddelen die u in eerste instantie vanuit uw basisverzekering hebt kunnen lenen.

Voor welke periode wij de verlengde huur vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.13.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De uitleenperiode van deze hulpmiddelen volgens de basisverzekering is verstreken;
- Er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik, bijvoorbeeld bij een terminale situatie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en (voor beide periodes) een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een uitleeninstantie stelt de hulpmiddelen ter beschikking, zoals wettelijk is bepaald. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.14. Steunpessarium

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.14.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het plaatsen van een steunpessarium.

D.4.14.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.14.3. Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Het steunpessarium is nodig in geval van een verzakking.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts heeft vastgesteld dat het steunpessarium medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.15. Teststrips diabetespatiënten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.15.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van diabetestestmateriaal.

D.4.15.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips na gebruik van de digitale diabetespas. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.15.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;
- U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel 'Diabetes Pas'. Ter bevestiging hiervan hebt u via internet een voucher (bon) ontvangen en uitgeprint. Deze stuurt u samen met de nota naar ons op.
- In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van de teststrips voor diabetespatiënten.

Zorgverlener

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaalzaak levert de teststrips. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.16. Persoonsalarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.16.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat persoonsalarmering op sociale indicatie. Dit bestaat uit een alarmeringssysteem gekoppeld aan een telefoon, een vaste telefoon met geïntegreerde alarmfunctie of Domotica persoonsalarmering apparatuur.

D.4.16.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op huur, bruikleen of vergoeding van de aanschafkosten van een persoonsalarmeringssysteem op sociale indicatie. Op uw Vergoedingen Overzicht staat of u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt danwel dat u de huur- of aanschafkosten vergoed krijgt en voor hoeveel.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

De kosten voor het aansluiten en voor het abonnement op bijvoorbeeld een alarmcentrale voor het gebruik van het alarm worden ook niet vergoed.

D.4.16.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

De bruikleen, aanschaf of huur vindt plaats via een medisch speciaalzaak, thuiszorgwinkel of organisatie persoonsalarmering. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.17. Condooms

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van condooms.

D.4.17.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van de kosten van condooms. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.17.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vult deze aan of wijkt daarvan af.

Zorgverlener

Een zorgverlener waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten, levert de condooms. Condooms geleverd door een andere zorgverlener vergoeden wij niet.

D.4.18. Braces en bandages

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.18.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van een brace of bandage.

D.4.18.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.18.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts of fysiotherapeut heeft vastgesteld dat de brace of bandage medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.19. Allergeenvrije schoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.19.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf van allergeenvrije schoenen.

D.4.19.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor allergeenvrije schoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.19.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.4.20. Epilepsie alarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.20.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat als middel van alarmering een bedmatje dat ernstige epilepsie (tonische / clonische) aanvallen detecteert en alarmeert.

D.4.20.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden epilepsie alarmering zoals beschreven in artikel D.4.20.1. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.

D.4.20.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een neuroloog van een gespecialiseerd epilepsiecentrum heeft vastgesteld, dat sprake is van een zo ernstige mate van epilepsie, dat het bedmatje als alarmeringsmiddel is aangewezen.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.5. STOTTERTHERAPIE

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. stottertherapie volgens de methode:
 - 1) Del Ferro; of
 - 2) B.O.M.A.; of
 - 3) I.N.S..
- b. pensionkosten.

D.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. stottertherapie zoals beschreven in artikel D.5.1.;
- b. pensionkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

D.5.3. Voorwaarden

Algemeen

Pensionkosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking:

- a. als u uitdrukkelijk volgens het vergoedingen overzicht daarvoor verzekerd bent, en
- b. als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt, en
- c. als deze nodig zijn voor en direct te maken hebben met uw verblijf in een pension, en
- d. als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd voor de therapiekosten en eventueel de pensionkosten en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat stottertherapie medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

D.6.1. Herstel & Balans

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het behandelprogramma van Herstel & Balans of modulaire onderdelen daarvan.

D.6.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het behandelprogramma van Herstel & Balans of modulaire onderdelen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u maakt in verband met het

programma Herstel & Balans.

D.6.1.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een oncoloog of revalidatiearts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg), instelling voor revalidatie, fysiotherapeut of psycholoog gecertificeerd voor het geven van het behandelprogramma. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.6.2. Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.2.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.19.1.1.

D.6.2.2. Waar hebt u recht op?

In aanvulling op de vergoeding die u uit de basisverzekering voor eerstelijns psychologische, niet-specialistische GGZ zorg krijgt, vergoeden wij:

- a. de wettelijke eigen bijdragen eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ zorg) die u volgens de basisverzekering zelf voor deze zorg moet betalen;
- b. eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ zorg) waarop u geen recht hebt omdat u het maximale aantal zittingen uit de basisverzekering al vergoed hebt gekregen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Reiskosten vergoeden wij niet.

D.6.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.19.1.2.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.6.3. Inloophuizen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis.

D.6.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.3.3. Voorwaarden

Algemeen

De geestelijk maatschappelijke zorg die het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten levert, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Zorgverlener

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat huur of aanschaf van lichtapparatuur tegen winterdepressie.

D.6.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden huur- of aanschafkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie bij u thuis in verband met winterdepressie, of u krijgt deze apparatuur in bruikleen. Waarvan wij u voorzien of hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.4.3. Voorwaarden

Algemeen

De apparatuur is uitgerust voor therapie met vol spectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een psychiater of psychotherapeut heeft vastgesteld dat lichttherapie medisch noodzakelijk is in verband met winterdepressie.

Plaats

De zorg wordt bij u thuis verleend.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.6.5. Traumaverwerking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eerste opvang / het normale verwerkingsproces direct na een schokkende gebeurtenis als u getroffen of direct betrokkene bent. Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- een overval;
- een gijzeling;
- agressie of ongeval waarbij zich letselschade voordoet;
- plotseling overlijden (bijvoorbeeld bij zelfdoding);
- ongewenste omgangsvormen.

D.6.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor traumaverwerking:

- bij een schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenis;
- bij een andere schokkende gebeurtenis die niet samenhangen met uw werk.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- De schokkende gebeurtenis moet acuut zijn en u moet daarvan tijdelijk zo uit balans raken dat normaal dagelijks functioneren niet mogelijk is;
- Bij een schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenis moet deze raakvlak hebben met de uitvoering van uw werkzaamheden. Er is sprake van een bedrijfsongeval met letselschade, een overval of plotseling overlijden als gevolg van zelfdoding;
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn;
- De schokkende gebeurtenis moet in Nederland hebben plaatsgevonden.

Zorgverlener

De zorgverlener moet een overeenkomst met ons hebben gesloten. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.7. ALTERNATIEVE ZORG

D.7.1. Alternatieve behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van:

- behandelingen die naar hun aard vallen onder uw basisverzekering, AWBZ, of onder een ander artikel uit uw aanvullende verzekering. Het is hierbij niet van belang of u voor dat andere artikel verzekerd bent of als u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt;
- experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
- laboratoriumonderzoeken in de reguliere zorg zoals in een ziekenhuis.

D.7.1.3. Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register, waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- een arts voor alternatieve geneeswijzen;
- een therapeut die lid is ingeschreven bij een beroepsvereniging of register voor alternatieve geneeswijzen die wij erkennen.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.7.2. Alternatieve geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.7.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat antroposofische en homeopatische geneesmiddelen en producten.

D.7.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief geneesmiddel.

D.7.2.3. Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering en gelden ook voor dit artikel D.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;
- De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-Index.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener heeft vastgesteld dat de geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn. De behandeling van de voorschrijver is verzekerd volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.8. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

D.8.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg naar de normen van tandartsen.

D.8.1.2. Waar hebt u recht op?

In aanvulling op de vergoeding die u uit de basisverzekering voor mondzorg krijgt, vergoeden wij uit het gehele artikel D.8. mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- Kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici, tandtechnische laboratoria of instituten, met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor deze behandelingen of leveringen;
- Kosten van het uitwendig bleken van tanden, tenzij deze tandheelkundige behandeling uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering als vergoeding staat vermeld;
- Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de basisverzekering. Uitdrukkelijk noemen we:
 - X631 Verdoving door middel van algehele anesthesie;
 - X711 Tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten;
 - X731 Tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen.

D.8.1.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de genoemde zorgverleners of in centrum voor mondzorg.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die naar hun normen en standaarden bieden met betrekking tot kronen, bruggen en inlays en de daarbij behorende techniek- en materiaalkosten.

D.8.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays door een tandarts, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige verrichtingen en techniek- en materiaalkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De kosten die wij in artikel D.8.1.2. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

D.8.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven, uniforme "prestatiebeschrijvingen voor mondzorg" door middel van codes aangeduid met E311 tot en met E815. Voor de bij deze zorg horende techniek- en materiaalkosten kunnen andere codes worden gedeclareerd.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.8.3. Gebitsprotheses

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die naar hun normen en standaarden bieden met betrekking tot bepaalde prothetische voorzieningen en de daarbij behorende techniek- en materiaalkosten.

D.8.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige verrichtingen en techniek- en materiaalkosten;
- de wettelijke bijdragen die u volgens uw basisverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprotheses, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige verrichtingen en techniek- en materiaalkosten;

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De kosten die wij in artikel D.8.1.2. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

D.8.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven, uniforme "prestatiebeschrijvingen voor mondzorg" door middel van codes die beginnen met de letter "G". Voor de bij deze zorg horende techniek- en materiaalkosten kunnen andere codes worden gedeclareerd.

Zorgverlener

Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg naar de normen van tandartsen voorzover die niet als zorg is beschreven in artikelen D.8.2., D.8.3 en D.8.5.

D.8.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De kosten die wij in artikel D.8.1.2. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

D.8.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven, uniforme "prestatiebeschrijvingen voor mondzorg" door middel van andere codes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3 en D.8.5.. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist,

tandprotheticus of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;

- b. Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, praktijk van een tandprotheticus, praktijk van een mondhygiënist, centrum voor mondzorg of ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat orthodontie en de daarbij behorende techniek- en materiaalkosten.

D.8.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige verrichtingen en techniek- en materiaalkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

a. Maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt.

b. Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding over de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot of vanaf de genoemde leeftijd.

c. Maximum bedrag en groeivergoeding

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt.

Voorbeeld:

U hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering gesloten die de groeivergoeding voor orthodontie kent. Die

aanvullende verzekering is op 1 januari 2010 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie voor uw dochter € 1.000,-.

Op 1 januari 2011 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2011 in totaal € 1.500,- vergoed. Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2011 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over. Op 1 januari 2012 groeit deze overblijvende vergoeding voor de tweede keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2012 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over. Op 1 januari 2013 groeit de vergoeding van orthodontie voor de derde en laatste keer met € 500,-. Uit 2012 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2013 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende verzekering hebt afgesloten.

Let op!

De kosten die wij in artikel D.8.1.2. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

D.8.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of kijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven, uniforme "prestatiebeschrijvingen voor mondzorg" door middel van codes die beginnen met de letter "V". Voor de bij deze zorg horende techniek- en materiaalkosten kunnen andere codes worden gedeclareerd.

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.9. KUURBEHANDELING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat vervoer naar en behandeling en verblijf in een kuuroord;

D.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;
- verblijf in een kuuroord.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die tenminste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van artritis psoriatica of een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlener

Het door ons erkende kuuroord is gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

Een door ons erkend kuuroord; andere kuuroorden vergoeden wij niet.

D.10. HUIDTHERAPIEËN

D.10.1. UV-B lichtapparatuur

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

D.10.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtappa-

raat kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximumvergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

D.10.1.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige vitiligo.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een dermatoloog heeft vastgesteld dat de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een dermatoloog verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.10.2. Ontharing

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen.

D.10.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen, of de aanschaf daarvan vergoeden wij niet.

D.10.2.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat ontharingsbehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een dermatoloog, huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de ontharing uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.10.3. Acnebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandeling van een ernstige vorm van acne.

D.10.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de behandeling van een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of in de hals. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.10.3.3. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of de hals.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat acnebehandeling medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de acnebehandeling uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.10.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat camouflagellessen en camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

D.10.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- camouflagellessen;
- de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.10.4.3. Voorwaarden

Algemeen

De camouflagellessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat camouflagellessen noodzakelijk zijn.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist geeft de camouflagellessen. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

ren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.11. OBESITAS BEHANDELING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat deelname aan het deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.

D.11.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan het deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.3. Voorwaarden

Algemeen

- Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- Er moet sprake zijn van zogenaamde morbide obesitas. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) 40 of meer bedraagt.
- U moet het volledige programma doorlopen hebben.
- De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Plaats

De behandeling vindt plaats in een door ons erkend of gecontracteerd behandelcentrum.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.12. ZIEKENVERVOER

D.12.1. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat met betrekking tot zittend ziekenvervoer:

- vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering per jaar moet betalen bij gebruik van openbaar vervoer,

huurauto, eigen auto of taxi;

- b. een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de basisverzekering bij gebruik van huurauto, eigen auto of taxi;
- c. een vervangende vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- d. een vergoeding bij gebruik van openbaar vervoer (laagste klasse), huurauto of eigen auto binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

D.12.1.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.12.1.1. vergoeden wij:

- a. de wettelijke eigen bijdrage van de basisverzekering;
- b. tot een bepaald bedrag per kilometer een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de basisverzekering.
- c. de kosten voor zittend ziekenvervoer per taxi van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of naar de huispraktijk van een medisch specialist en terug. Dit zittend ziekenvervoer vindt binnen Nederland of uw woonland plaats;
- d. de kosten voor zittend ziekenvervoer bij gebruik van openbaar vervoer (laagste klasse), huurauto of eigen auto van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of naar de huispraktijk van een medisch specialist en terug. Dit zittend ziekenvervoer vindt binnen Nederland of uw woonland plaats;

Op het Vergoedingen Overzicht staat of de eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

Let op!

Wij vergoeden niet:

1. de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
2. de kosten van ziekenvervoer in verband met AWBZ-zorg;
3. kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.

D.12.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- b. Het zittend ziekenvervoer houdt verband met een medisch onderzoek of medische behandeling die (gedeeltelijk) op grond van de basisverzekering of de aanvullende verzekering wordt vergoed;
- c. De kosten van zittend ziekenvervoer vallen onder de dekking van de aanvullende verzekering als en voorzover deze niet onder de basisverzekering worden vergoed.
- d. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route.

Aanvullende voorwaarde voor D.12.1.1.c.

De behandelend medisch specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer medisch noodzakelijk is als het gaat om het zittend ziekenvervoer genoemd in artikel D.12.1.1.a. of b.

Zorgverlener

Voor ziekenvervoer genoemd in artikel:

- a. D.12.1.1.a. een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, openbaar vervoer, uw eigen auto of huurauto;
- b. D.12.1.1.b. een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, uw eigen auto of huurauto;
- c. D.12.1.1.c. een erkende vergunninghoudende taxivervoerder;
- d. D.12.1.1.d. openbaar vervoer, huurauto of eigen auto.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

D.12.2. Reiskosten ouders

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het vervoer van u als ouders naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) waar uw kind is opgenomen.

D.12.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van u als ouders vanaf de eerste dag van de opname van uw verzekerde kind in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de reiskosten:

- voor een bezoek als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland;
- voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

D.12.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar;
- uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg buiten uw woonplaats;
- uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland, of - als u in Nederland woont - in België of Duitsland;
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route.

D.12.3. Bezoekkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het reizen van een bezoeker naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) als u daarin bent opgenomen.

D.12.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van één bezoeker vanaf de eerste dag van opname in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen

Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de reiskosten:

- voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland;
- voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

D.12.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- degene die opgenomen is, bent uzelf of is uw kind;
- wij vergoeden de reiskosten éénmaal in een bepaalde periode; hoelang die periode duurt, staat in uw Vergoedingen Overzicht;
- wij vergoeden per bezoek maximaal het aantal kilometers voor de heen- en de terugreis voor één bezoeker;
- de bezoeker hoeft niet bij ons verzekerd te zijn; de bezoekkosten vergoeden wij namelijk in eerste instantie uit de aanvullende verzekering van degene die opgenomen is. Is deze niet bij ons verzekerd voor bezoekkosten, maar de bezoeker wel, dan vergoeden wij bezoekkosten uit de aanvullende verzekering van de bezoeker.
- wij gaan uit van de afstand tussen het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen en het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Deze is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht staat. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route;
- u voldoet aan de genoemde minimum aaneengesloten periode van opname. Deze periode bedraagt maximaal 365 dagen.
- u bent voor medisch-specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor revalidatie of (psychiatrisch) ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in:
 - uw woonland; of
 - België of Duitsland, als u in Nederland woont.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten als bezoekkosten vergoedt, moet u kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom. We be-

schouwen de eerste rekening voor bezoekkosten of logeerkosten die u indient als uw keuze.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van bezoekkosten tijdens een opname in België of Duitsland, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de opname in het betreffende land.

D.13. VERBLIJF

D.13.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat deelname aan een therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar dat is georganiseerd door een van de door ons erkende instellingen.

D.13.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van deelname aan en verblijf in een therapeutisch kamp zoals beschreven in artikel D.13.1.1.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.1.3. Voorwaarden Zorgverlener

Een van de volgende verenigingen of instellingen organiseert het kamp:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
- Stichting De Luchtballon;
- Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem;
- Stichting De Ster (Ster- en Maankampen);
- Nederlandse Hartstichting;
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- eventuele andere door ons erkende verenigingen of instellingen.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. overnachting in een logeerhuis;
- b. kosten van verblijf in een Mappa Mondo huis.

Voorbeeld:

Met logeerhuis bedoelen we onder andere een Ronald McDonald huis of een overblijfhuis bij een algemeen ziekenhuis of categoriaal ziekenhuis, zoals de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Toelichting:

Het kan zijn dat u in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld moet worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. U mag dan ook gebruik maken van het logeerhuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeerhuis wordt gebruikt.

D.13.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. de overnachting van u of van uw kind in een kamer in een logeerhuis;
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. Na ons goedkeuren mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet:

- a. de kosten die vergoed worden vanuit de AWBZ in verband met samenwerking met thuiszorg of die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB);
- b. de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de

aanvullende verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor verzekering dat is.

D.13.2.3. Voorwaarden

Algemeen

Het verblijf van u en/of maximaal twee logés 's nachts in een logeershuis (één kamer in totaal) wordt vergoed als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Het kan dus gaan om een poliklinische behandeling van u of uw kind, of een klinische behandeling van uw partner of kind.

Zorgverlener

Een logeershuis of een Mappa Mondo huis verleent de zorg. Het logeershuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in Nederland of uw woonland; of
- een gecontracteerd ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

D.13.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van:

- verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de basisverzekering.
- verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
- verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische

zorg) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.

D.13.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de kosten die uit de basisverzekering worden vergoed, als dit nodig is volgens de voorwaarden van de basisverzekering. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de opname medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) brengt de kosten in rekening met de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) of de klas-sentoeslag. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- Liggelduitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- Luxe-arrangement / comfortpakket.
Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Voorbeeld

Het luxe arrangement of comfortpakket kan van alles bevatten wat uw verblijf in het ziekenhuis aangenamer maakt. Bij voorbeeld de huur van televisie, telefoon, internet of radio etc. Daarnaast kan er ook een luxere kamer, uitgebreider menu, krant of tijdschrift, doorlo-

pende bezoekenregeling of thee en/of koffie voor het bezoek aangeboden worden.

c. **Compensatie-uitkering.**

Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket van zoals beschreven in artikel D.13.4.1.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.

d. **Reiskosten partner.**

Wij vergoeden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen vervoer op basis van gereden kilometers via de snelste route. Deze wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen). De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van reiskosten gemaakt door zijn/haar partner naar en van het ziekenhuis in Nederland of het woonland waar de verzekerde verblijft.

D.13.4.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.4.1. vergoeden wij:

- Liggelduitkering;
- Luxe arrangement;
- Compensatie-uitkering;
- Reiskosten van de partner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden onder dit artikel niet de kosten voor medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten.

Wij vergoeden ook niet de normale, niet-luxe kosten voor opname / verblijf in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

D.13.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- U dient bij ons een verzoek in voor uitbetaling van de liggelduitkering (artikel D.13.4.1.a.), of de compensatie-uitkering (artikel D.13.4.1.c.), of reiskosten eigen vervoer (artikel D.13.4.1.d.) als u wordt of bent opgenomen in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- Voor de vergoeding van kosten voor het luxe-arrangement (artikel D.13.4.1.b.) en reiskosten openbaar vervoer van de partner (artikel

D.13.4.1.d.) dient u nota's in.

- Als u geen nota's voor een genoten luxe-arrangement (artikel D.13.4.1.b.) bij ons indient voordat wij de declaratie(s) van uw opname en verblijf in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) hebben ontvangen, gaan wij er vanuit dat u kiest voor uitbetaling van de compensatie-uitkering (artikel D.13.4.1.c.).
- Als het verblijf twee aaneengesloten kalenderjaren bestrijkt, wordt slechts eenmaal de maximale liggelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.
- opname en verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor maximaal 365 aaneengesloten dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ).

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de opname medisch noodzakelijk is.

D.13.5. ZorgTV

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het abonnement van ZorgTV. ZorgTV biedt de mogelijkheid om met behulp van een camera verbonden met de televisie contact met een zorgverlener op te nemen en zo zorg op afstand te krijgen. De zorgverlener kan zo de situatie beoordelen en de cliënt of zijn of haar mantelzorgverlener voorzien van informatie, instructie of advies.

D.13.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de abonnementskosten van ZorgTV. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- ZorgTV wordt voor minimaal één jaar in gebruik genomen.
- Kosten van het gebruik van ZorgTV worden uitsluitend vergoed voor zover het gebruik bestemd is voor zorginhoudelijke doeleinden.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De behandelend arts of -verpleegkundige heeft vastgesteld dat de zorg noodzakelijk is.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.6. Herstellingsoord

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verblijf in een herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening.

D.13.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verblijf in een herstellingsoord. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van het verblijf in een herstellingsoord:

- als u op grond van de AWBZ aanspraak hebt op dezelfde of vergelijkbare zorg;
- als het verblijf aaneengesloten over twee jaren verspreid is en uw aanvullende verzekering al het maximale bedrag heeft vergoed over het eerste jaar.

D.13.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een door ons geselecteerd herstellingsoord. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.7. Eigen bijdrage hospice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice.

D.13.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen huishoudelijke hulp en verpleging die op grond van de AWBZ door het CAK bij u in rekening worden gebracht.

D.13.7.3. Voorwaarden

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De persoonlijke verzorging en verpleging vindt plaats in een hospice. Een hospice waar alleen laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt verleend, wordt ook wel "bijna-thuis-huis" genoemd.

D.13.8. Ondersteuning thuisituatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- 24-uurs verzorging;
- zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf, bijvoorbeeld een nanny-service, een honden-uitlaat-service of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden.

D.13.8.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.8.1. vergoeden wij de kosten voor:

- 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.8.3. Voorwaarden

Algemeen

Er moet sprake zijn van onoplosbare problemen in de thuisituatie waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een professionele organisatie. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.13.9. Kinderopvang

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kinderopvang.

D.13.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kosten voor kinderopvang. Hoe-

veel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- De kinderopvang betreft uw kind(eren) in uw gezin tot ten hoogste de leeftijd van 14 jaar;
- De verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding van kinderopvang;
- De vergoeding begint op een bepaalde dag gerekend vanaf de opname van de verzorgende ouder;
- De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgverlener

De kinderopvang vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.14. BUITENLANDZORG

D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk buiten de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering vallen.

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.14.1.1. vergoeden wij spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland die betrekking heeft op:

- zorg die uw basisverzekering of aanvullende verzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt.

Vanuit de basisverzekering vergoeden wij buitenlandse kosten volgens de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn.

De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;

- een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- repatriëring van de zieke verzekerde. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland / Nederland wel;
 - behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
 - behandeling in het buitenland ter plaatse duidelijk veel duurder is dan behandeling in het woonland / Nederland.
- begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
 - medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
 - vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde die niet in Nederland of zijn woonland is overleden. De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot. Deze kosten omvatten de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer en het vervoer zelf. Het stoffelijk overschot wordt vervoerd uit het land van overlijden terug naar Nederland of het woonland. Hieronder vallen ook overheidskosten, zoals leges en rechten;
 - toezending van noodzakelijke geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
 - kosten van telecommunicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
 - medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op

uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- a. Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden geneesmiddelen en/of hulpmiddelen.
- b. Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- c. Het terug brengen van een overledene valt niet onder de basisverzekering ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.
- d. Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft.

D.14.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- b. De zorg is spoedeisend;
- c. De zorg is medisch noodzakelijk;
- d. Het bedrag dat u declareert, voldoet aan de gebruikelijke tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- e. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- f. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- g. U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Voor de vergoeding hanteren wij verschil-

lende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;
- b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

Het moet om zorg gaan, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden.

D.14.2.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van kosten:

- a. voor zorg buiten uw woonland;
- b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- a. Wij vergoeden niet de kosten voor vervoer naar en vanuit het buitenland.
- b. Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont.

D.14.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De zorg komt volgens het voor u geldende Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking.
- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland;
- c. De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen van de aanvullende verzekeringen blijven van kracht.

Zorgverlener

Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, gevestigd is verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.15. VOETBEHANDELING

D.15.1. Algemene voetbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.15.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voetbehandeling (podologie en podotherapie).

D.15.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden voetbehandeling. Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Vanuit dit artikel vergoeden wij niet:

- steunzolen;
- hulpmiddelen voetbehandeling;
- behandelingen van patiënten bij diabetes mellitus, reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen.

D.15.1.3. Voorwaarden

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de voetbehandeling medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de behandeling uit. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.15.2. Voetbehandeling in bijzondere gevallen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.15.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voetbehandeling in bijzondere gevallen (podotherapie). Dat wil zeggen bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen.

D.15.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden voetbehandelingen door een podotherapeut. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Vanuit dit artikel vergoeden wij niet:

- steunzolen;
- hulpmiddelen voetbehandeling.

D.15.2.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan:

- reumatoïde artritis;
- ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de voetbehandeling of het consult medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door een podotherapeut. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.15.3. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.15.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat pedicurebehandeling in bijzondere gevallen. Dat wil zeggen bij reumatoïde artritis.

D.15.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden pedicurebehandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij niet onder dit artikel.

D.15.3.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan reumatoïde artritis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de pedicurebehandeling of het consult medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door:

- een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet); of
- een medisch pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als medisch pedicure.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.16. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.16.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.8.1.

D.16.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet:

- een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;
- oedeemtherapie / littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;
- littekenbehandeling na een naar ons oordeel normaal wondherstel.

D.16.3. Voorwaarden

Zie artikel B.8.5. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

Zie artikel B.8.5. uitgebreid met:

- een psychosomatisch fysiotherapeut. Dat is de fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.;
- een psychosomatisch oefentherapeut. Dat is de oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut de status kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici heeft.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.17. ERGOTHERAPIE

D.17.1. Ergotherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.17.1.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.9.1.

D.17.1.2. Waar hebt u recht op?

Bovenop de vergoeding uit de basisverzekering hebt u recht op ergotherapie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.17.1.3. Voorwaarden

Zie artikel B.9.2. Ook geldt dat de verzekerde jonger is dan 18 jaar.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.17.2. Instructie mantelzorgers

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.17.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat instructie aan en begeleiding van mantelzorgers.

D.17.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden instructie aan en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan, in aanvulling op de basisverzekering of aanvullende verzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.17.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.9.2. De volgende voorwaarde vult deze aan of wijkt daarvan af.

Algemeen

De verzekerde die mantelzorg ontvangt, heeft op dat moment uit de basisverzekering of uit de aanvullende verzekering recht op een vergoeding voor ergotherapie.

D.18. DIEETADVISING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.18.1. Omschrijving van de zorg

Dieetadvising omvat voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten en is

zorg zoals diëtisten die plegen te bieden.

D.18.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op dieetadvisering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

De zorg omvat niet (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven):

- voedingsmiddelen;
- dieetpreparaten (zie hiervoor artikel B.16.).

Tip

In de basisverzekering kan deze zorg ook zijn opgenomen als sprake is van dieetadvisering als onderdeel van Keten zorg bij de indicaties Diabetes, COPD en/of vasculair risicomangement. Zie artikel B.11.2. Dieetadvisering chronisch zieken.

De vergoeding uit dit artikel (D.18.) geldt dan bovenop de vergoeding uit uw basisverzekering.

D.18.3. Voorwaarden

Algemeen

Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist, bij u thuis of op de afdeling dieetadvisering van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze dieetadvisering leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, kan de behandeling bij u thuis plaatsvinden.

D.19. ZORG VOOR DE BEVALLING

D.19.1. Prenatale screening

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.19.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat prenatale screening naar de normen van medisch specialisten.

Voorbeelden:

- één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting) en een bijbehorende kansbepalende bloedtest;
- een vruchtwaterpunctie;
- een geavanceerd ultrageluid (echoscopisch onderzoek);
- een prenatale genotypering.

D.19.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.19.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- U bent een vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar en de prenatale screening is medisch niet noodzakelijk maar vindt plaats op uw verzoek;
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgverlener

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een huisarts, verloskundige of medisch specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

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

D.19.2. Gezondheids cursussen rondom de bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.19.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezondheids cursussen die te maken hebben met zwangerschap, de bevalling, de begeleiding van moeder en kind na de geboorte en / of herstel van de vrouwelijke (zwangere) verzekerde.

D.19.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de in artikel D.19.2.1. beschreven gezondheids cursussen tijdens de zwangerschap tot maximaal zes maanden na de bevalling. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

U hebt geen recht op vergoeding van beweegprogramma's.

D.19.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- U overhandigt ons na afloop van de gezondheids cursus een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een gezondheids cursus volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding daarvan.

Zorgverlener

De gezondheids cursus wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een fysiotherapeut of oefen therapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus;
- een kraamcentrum;
- een verloskundige;
- een lactatiekundige;
- een zorggroep of andere instantie waarmee wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.20. ZORG TIJDENS DE BEVALLING

D.20.1. Eigen bijdrage poliklinische bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.20.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Zie artikel B.6.1. voor verloskundige zorg.

D.20.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.20.1.3. Voorwaarden

Zie artikel B.6. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt de zorg gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering.

Zorgverlener

Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De bevalling zonder medische noodzaak vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

D.20.2. TENS bij bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.20.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de bruikleen van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

D.20.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij verstrekken in bruikleen een TENS. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

U hebt geen recht op vergoeding van kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel, zoals energieverbruik, accu's en batterijen.

D.20.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.17.4 en B.17.5. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (de moeder) bent bij ons verzekerd.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

De verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist heeft vastgesteld dat TENS noodzakelijk is.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een door ons erkende of gecontracteerde zorgverlener.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21. ZORG NA DE BEVALLING

D.21.1. Lactatiekundige zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning tijdens de periode waarin borstvoeding wordt gegeven. Deze zorg kan ook via telefonische en elektronische consulten worden verleend.

D.21.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden lactatiekundige zorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.21.1.3. Voorwaarden

Algemeen

U (de moeder) bent bij ons verzekerd.

Verwijzing

De verwijzing van huisarts, verloskundige, gynaecoloog of kinderarts is nodig.

Zorgverlener

- De lactatiekundige is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen;
- De lactatiekundige maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21.2. Eigen bijdrage kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kraamzorg op grond van de basisverzekering. Zie artikel B.7.1.a. voor kraamzorg.

D.21.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de wettelijke eigen bijdrage voor:

- kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan waarop u volgens de basisverzekering recht hebt;

- kraamzorg voor de dagen, waarvoor u uit uw aanvullende verzekering een kraamzorguitkering ontvangt.

D.21.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt de kraamzorg gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21.3. Kraamzorguitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een kraamzorguitkering. Zie artikel B.7.1.a. voor kraamzorg.

D.21.3.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op een kraamzorguitkering in plaats van vergoeding voor (eigen bijdrage voor) kraamzorg. Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- beschouwen wij de dag dat u in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) bevalt als verpleegdag. U hebt voor die dag geen recht op een kraamzorguitkering. Bevalt u poliklinisch en wordt daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. U hebt voor die dag wel recht op een kraamzorguitkering;
- telt het aantal geboren kinderen niet mee;
- beschouwen wij de laatste dag die het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor u in rekening brengt niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur. U hebt voor die dag recht op een kraamzorguitkering.

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij geven geen kraamzorguitkering:

- voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
- voor de dagen die het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor een ziekenhuisopname bij ons in rekening brengt;

- c. voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw basisverzekering of aanvullende verzekering recht hebt.

D.21.4. Extra kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kraamzorg. Zie artikel B.7.1.a.

D.21.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden extra kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw basisverzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra kraamzorg wij vergoeden.

D.21.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- U (de moeder) bent bij ons verzekerd;
- U (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling;
- De aanvullende kraamzorg volgt direct op de kraamzorg uit de basisverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21.5. Couveuse nazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat couveuse nazorg.

D.21.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden couveuse nazorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de basisverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden;

D.21.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- U (de moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
- Uw kind heeft tenminste vijf dagen in de couveuse gelegen en / of uw kind heeft, op medische indicatie, tenminste acht dagen na de geboorte in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kraamzorg. Zie artikel B.7.1.a.

D.21.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn ontslagen. Hoeveel uren kraamzorg wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de basisverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.

D.21.6.3. Voorwaarden

Algemeen

- De opname van de moeder (en kind) in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Zorgverlener

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.21.7. Reiskosten gezonde moeder

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (taxi)vervoer omdat uw kind is opgenomen in een ziekenhuis (instelling voor

medisch specialistische zorg).

Toelichting:

Als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis, mag u (de moeder) er voor kiezen om ook opgenomen te worden. Uw ziekenhuisopname – en uiteraard ook die van uw kind – krijgt u vergoed uit de basisverzekering. Maar als u zelf niet ziek bent kunt u ervoor kiezen om niet opgenomen te worden maar om (deels) op en neer te reizen naar uw kind in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Hiervoor geldt deze vergoeding.

D.21.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer, huurauto of taxi. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.21.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- U (de moeder) hebt bij ons uw basisverzekering afgesloten; en
- Uw kind is jonger dan drie maanden; en
- Uw kind is op klinische medisch specialistische zorg aangewezen en daarom opgenomen in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg); en
- U (de moeder) bent niet opgenomen in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route..

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts heeft vastgesteld dat de klinische medisch specialistische zorg en de ziekenhuisopname van uw kind medisch noodzakelijk zijn.

D.21.8. Kraamzorg bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.21.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kraamzorg. Voor de kraamzorg zie artikel B.7.1.a.

D.21.8.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg inclusief instructie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.21.8.3. Voorwaarden

Zie artikel B.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om adoptie van een kind door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- Het adoptiekind is afkomstig uit het buitenland;
- Het adoptiekind is op het moment van adoptie ten hoogste zes maanden oud.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet uiterlijk vier kalendermaanden voor de vermoedelijke adoptiedatum bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgverlener

Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.22. BEWEEGPROGRAMMA'S

D.22.1. Beweegprogramma's algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.22.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat beweegprogramma's die in het algemeen gericht zijn op het voorkomen van ziekten en/of behoud en bevorderen van uw gezondheid.

D.22.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden beweegprogramma's zoals beschreven in artikel D.22.1.1. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet:

- sportmassage;
- arbeids- en/of bezigheidstherapie;
- (beweeg)programma's die (ook) tot doel heb-

ben uw conditie te verbeteren.

D.22.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- U overhandigt ons na afloop van het beweegprogramma een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een beweegprogramma.

Zorgverlener

Het beweegprogramma wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een G.G.D.;
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging. Voor diabetespatiënten moet deze patiëntenvereniging de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten behartigen.
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde beweegprogramma;
- een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde beweegprogramma. Het gaat hierbij om een organisatie die verantwoordelijk is voor (keten)zorg voor chronisch zieken, zoals met bijvoorbeeld de indicatie COPD of Diabetes Mellitus.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.22.2. Beweegprogramma's in bijzondere gevallen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.22.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat beweegprogramma's die gericht zijn op één of meer met name genoemde aandoeningen. Zie hiervoor artikel D.22.2.3.

D.22.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden beweegprogramma's als sprake is van één of meer van de genoemde aandoeningen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet (beweeg)programma's die (mede) tot doel hebben uw conditie te verbeteren.

D.22.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- U lijdt aan één of meer van de volgende aandoeningen:
 - artrose in heup en/of knie;
 - COPD Gold 1 of COPD Gold 2, waarbij de FEV1/VC meer bedraagt dan 60%;
 - diabetes mellitus type 2;
 - coronaire hartziekten;
 - osteoporose.
- De zorgverlener hanteert een beweegprogramma dat is opgesteld aan de hand van de standaarden beweeginterventies van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF); en
- Het beweegprogramma is gericht op motivatie en coaching zodat u hierna op verantwoorde wijze zelfstandig kunt blijven bewegen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut die is opgeleid om dit programma te geven en met wie wij afspraken hebben gemaakt over het beweegprogramma.

Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

D.23. THUISZORG / HUISHOUDELIJKE VERZORGING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.23.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat thuiszorg (persoonlijke verzorging of verpleging) waarop u aanspraak hebt op grond van de AWBZ danwel huishoudelijke verzorging op grond van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

D.23.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van:

- thuiszorg (persoonlijke verzorging of verpleging) volgens de AWBZ;
- huishoudelijke verzorging volgens de WMO. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.23.3. Voorwaarden

Algemeen

- Indicaties zijn gesteld door:
 - het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

- voor de functies persoonlijke verzorging of verpleging voor thuiszorg volgens de AWBZ;
- 2) de gemeente voor de functie huishoudelijke verzorging ingevolge de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).
- b. Uw gemeente of het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK-BZ) heeft u een wettelijke eigen bijdrage opgelegd.
- c. U stuurt ons een (kopie)rekening van de wettelijke eigen bijdrage die door uw gemeente, het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK-BZ) of het Zorgkantoor is opgelegd. Als u voor de zorg een Persoons Gebonden Budget (PGB) van het Zorgkantoor ontvangt, is de wettelijke eigen bijdrage daarop in mindering gebracht. U stuurt ons in dat geval een afschrift van dit bericht van het Zorgkantoor.

BIJLAGE

Dit schema hoort bij artikel A.0.6. Tarieven. Het schema geldt niet voor de Zorgverzekering Natura direct.

HOEVEEL KRIJGT U VERGOED?	
Gaat u naar een zorgverlener* waarmee wij afspraken over tarieven hebben gemaakt?	
Ja	U krijgt 100% vergoed van het afgesproken tarief
Nee	Hebben wij voor die zorg wel met andere soortgelijke zorgverleners afspraken over tarieven gemaakt?
	Ja
	Kunt u de zorg ook op tijd krijgen van een zorgverlener waarmee wij wel afspraken hebben gemaakt over tarieven?
	Ja
	U krijgt 75% (Zorgverzekering Natura) en 100% (Zorgverzekering Restitutie) vergoed van het vergoedingstarief
	Nee. Er is een van de volgende situaties aan de hand: 1. U kunt niet tijdig worden geholpen; 2. De zorg is te ver weg; 3. U hebt acute (spoed)zorg nodig; 4. U hebt van ons een akkoordverklaring.
	U krijgt 100% vergoed van het vergoedingstarief
	Nee
	U krijgt 100% vergoed van het vergoedingstarief
WAT IS HET VERGOEDINGSTARIEF?	
Is er een vast, wettelijk tarief? **	
Ja	Het vergoedingstarief is het vaste, wettelijk bepaalde tarief **
Nee	Is er een marktconform tarief? ***
	Ja
	Het vergoedingstarief is het marktconforme tarief***
	Nee
	Het vergoedingstarief is het gedeclareerde tarief ****

Toelichting begrippen:

* Zorgverlener

Dit kan een persoon zijn, maar het kan ook een leverancier of een instelling zijn.

** Vast, wettelijk tarief

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

*** Marktconforme tarief

Het tarief dat in Nederland passend / gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben afgesproken met zorgverleners. Zijn er meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken, dan baseren we ons op prijzen die in de Nederlandse marktomstandigheden en / of maatstaven passend / gebruikelijk zijn.

**** Gedecclareerde tarief

Het bedrag dat op uw nota staat. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

Voorbeelden:

1. 75% van het marktconforme tarief

(Niet van toepassing op de Zorgverzekering Restitutie).

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

Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een marktconform tarief; wij hebben met andere zorgverleners afspraken over tarieven. U krijgt dus 75% vergoed van het marktconforme tarief. Bijvoorbeeld: Uw fysiotherapeut rekent € 30,- voor een behandeling. Wij hebben met andere fysiotherapeuten tarieven afgesproken die liggen tussen de € 20,- en € 28,-. Gemiddeld is dat € 24,-. U krijgt vergoed: 75% van € 24,- = € 18,-.

2. 100% van het marktconforme tarief

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u bijvoorbeeld op een onacceptabele wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen tarieven afgesproken met de zorgverlener waar u door wordt behandeld.

Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland, dus er is wel een marktconform tarief. Het marktconforme tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naar toe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het marktconforme tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

3. Gedecclareerde tarief met maximum uit aanvullende verzekering

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij maken met alternatieve zorgverleners geen afspraken over tarieven. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg geen vast, wettelijk tarief en ook geen marktconform tarief. U krijgt daarom maximaal het gedecclareerde tarief vergoed, maar u hebt bijvoorbeeld een aanvullende verzekering waarin maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed voor alternatieve zorg. U krijgt daarom € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).



Kijk voor meer informatie op www.ohra.nl