



**NATIONAL
ACADEMIC**

Samen met  VCZ

National Academic Basis Keuze

Voorwaarden 2021



Welkom bij National Academic

In deze verzekeringsvoorwaarden lees je alles over de National Academic Zorgverzekering. Deze zorgverzekering is een verzekering van VGZ Zorgverzekering N.V..

In de tekstblokken vind je nadere uitleg over de voorwaarden. Wil je meer weten? Ga dan naar www.na.nl. Je vindt daar alle informatie over jouw zorgverzekering en aanvullende verzekeringen.

Vriendelijke groet,
National Academic

Belangrijke informatie

Kijk op www.na.nl/contact voor onze telefoonnummers.
Onze gecontracteerde zorgaanbieders vind je in de [Zorgzoeker](#).

Aanvragen toestemming

Je stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar:
National Academic
T.a.v. team Medisch Advies
Postbus 1815
3800 BV Amersfoort

Je vindt in deze verzekeringsvoorwaarden in welke gevallen je toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als je zelf een nota hebt ontvangen, kun je deze digitaal declareren via www.na.nl/declareren.

Je kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar:

National Academic
Postbus 148
8200 AC Lelystad

Het declaratieformulier is te vinden op www.na.nl/downloads.

Inhoudsopgave

I.	Algemeen gedeelte	4
II.	Zorgartikelen	28
III.	Begripsomschrijvingen	100



I. Algemeen gedeelte

Artikel 1.	Verzekerde zorg	5
Artikel 2.	Algemene bepalingen	11
Artikel 3.	Premie	14
Artikel 4.	Overige verplichtingen	17
Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	17
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	18
Artikel 7.	Verplicht eigen risico	22
Artikel 8.	Vrijwillig eigen risico	24
Artikel 9.	Buitenland	25
Artikel 10.	Klachten en geschillen	27



Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De National Academic Basis Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heb je recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heb je recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert je bij welke zorgaanbieder je voor jouw zorgvraag terecht kunt. Ook als je te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kan je contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kan je bereiken via onze website.

Medische noodzaak

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

1.2 Wie mag de zorg verlenen

Jouw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vind je welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heb je geen recht op vergoeding.

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vind je op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.



Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Jouw belang staat daarbij voorop. En als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat je en ons in de kosten. Wil je toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie lees je op onze website. In de Zorgzoeker vind je met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kan je door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat je terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen

- Als je met spoed behandeld moet worden
- Als je al met een behandeling bent begonnen
- Als jouw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als je zwanger bent.

1.4 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat je een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 70% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 70% van de Wmg-tarieven.

Je vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vind je op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met jouw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Je moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.



Huisartsenzorg

Ga je voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor jou aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 70% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hardheidsclausule

In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Kies je voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan krijg je een vergoeding van maximaal 70% van het gemiddeld voor die zorg gecontracteerde tarief. De hoogte van deze vergoeding mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen. Maar hierbij mag de bijdrage die je zelf moet betalen niet verhinderen dat je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (hinderpaalcriterium). Vind je dat de hoogte van deze bijdrage je verhindert om zorg te krijgen? Dan kan je een beroep doen op de hardheidsclausule. Je kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement. Geef aan waarom je in jouw situatie een beroep doet op de hardheidsclausule. Of jouw beroep wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg.

Verpleging en verzorging en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Je kunt jouw vordering op ons voor Verpleging en verzorging en GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5 Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als je zelf een nota hebt ontvangen, kan je jouw declaraties online indienen via Mijn NA. Je moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als je de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van je terugvorderen of verrekenen met bedragen die je nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Je kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Je kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.



Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- je naam, adres en geboortedatum
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Italiaans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij je vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6 Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heb je recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen je toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Rechtstreekse betaling

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

1.8 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van jouw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor jouw rekening, dan ben je als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij je in rekening. Je bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan jou verschuldigde bedragen.



1.9 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heb je een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat je bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming (machtiging)

Je hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als je vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan heb je geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft je niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Jouw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of je voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor jou toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website. Je kunt jouw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vind je op onze website.

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

Als je toestemming hebt voor verzekerde zorg geldt deze ook als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als je van jouw vorige verzekeraar toestemming hebt ontvangen.

1.10 Wanneer heb je recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

Je hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van jouw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.



1.11 Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat je verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- vergoeding van kosten omdat je niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heb je zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heb je maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heb je naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.



Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat je een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten.

De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor je in ieder geval (een deel van) jouw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1 Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die je op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die je ons schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvang je van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvang je voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis.

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

2.2 Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang je verzekeringsplichtig bent, kun je deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.



2.3 Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Lijst Therapieën GGZ;
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg;
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie;
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Premiebijlage;
- Regeling zorgverzekering;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Dynamisch overzicht GGZ;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Zorgstandaard Obesitas.

Je vindt deze documenten op onze website. Je kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als je fraude pleegt, dan vervalt jouw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij je terug. Je bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij jouw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen:

- in ons Incidentenregister;
- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.



Beëindiging verzekering(en)

Als je fraude pleegt, beëindigen wij jouw zorgverzekering. Je kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook jouw aanvullende zorgverzekering(en). Je kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij National Academic en de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5 Bescherming van jouw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van jouw verzekeringen verwerken wij jouw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website lees je hier meer over. Ook lees je in de privacyverklaring welke rechten je hebt. Als je vragen hebt over de omgang met jouw persoonsgegevens, dan kan je deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming.

Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht jou te hebben bereikt. Als je ervoor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan jou doen.

2.7 Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt je als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij je schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. Je kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8 Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heb je als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. Je kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9 Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze



overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10 Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1 Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en premiekortingen die voor jou gelden, vind je op jouw polisblad.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als je kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvang je een korting op de premie. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vind je op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. Je vindt de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Als je deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvang je een korting op de premiegrondslag. Je kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen. Vanaf de dag dat je niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2 Wie betaalt de premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

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



3.3 Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1 Je bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2 Je betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC).
- 3.3.3 Je betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.
- 3.3.4 Jouw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Voor de overige kosten informeren wij je ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Ben je het niet eens met een afschrijving? Dan kan je het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met jouw bank.

Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen is tot € 385 per maand. Voor bedragen boven € 385 sturen wij je een papieren factuur.

3.4 Verrekening

Je mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat je nog van ons verwacht.

3.5 Niet-tijdig betalen

- 3.5.1 Als je de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij je een aanmaning. Als je niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Je blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als je niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.



3.5.2 Wij brengen de volgende kosten bij jou in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.5.3 Als je al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij je bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4 Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door jou gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die je van ons moet ontvangen.

3.5.5 Als wij de verzekering beëindigen omdat je de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met jou te sluiten.

3.5.6 Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:

- Heb je als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij je een betalingsregeling aan. Je hebt 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij je over de gevolgen als je ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
- Heb je als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvang je een waarschuwing dat wij je bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met jou een betalingsregeling aangaan.
- Heb je als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij je aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en ben je verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat je een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, ben je geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die je normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heb je anderen op jouw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan jou over de premieachterstand.



Je vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.5.7 Je bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

Je bent verplicht:

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

Als je jouw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij jouw recht op de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1 Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen je als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan jou is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan jou is meegedeeld.



5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in jouw nadeel wijzigen, dan kan je als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Je kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan jou is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heb je niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1 Begin en duur

- 6.1.1 De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij jouw aanvraag(formulier) ontvangen. Je ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop jouw aanvraag is ontvangen. Ben je verzekeringsplichtig, maar heb je nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kan je toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2 Soms kunnen wij niet uit jouw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij je om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. Je ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3 Als je al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door jou aangegeven latere datum.
- 6.1.4 Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Je moet je dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5 Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.



Voorbeeld

Je bent verplicht jouw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat jouw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6 De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2 Einde van rechtswege

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

- De zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren je hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

Jij als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als je het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd mededeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij jou (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij je zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3 Wanneer kun je jouw verzekering wijzigen of opzeggen?

6.3.1 Wijzigen

Wil je jouw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet je dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Jouw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2 Jaarlijks opzeggen

Jij als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij jouw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. Je hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die je met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.



6.3.3 Tussentijds opzeggen

Jij als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als je de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- binnen zes weken nadat je een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons hebt ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop je hebt opgezegd;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als je bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van jouw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van jouw nieuwe werkgever. Je kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

Opzegging bij 18^e verjaardag

Als jouw kind 18 jaar wordt, kun je haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen.

Jouw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

6.3.4 Opzegservice

Je kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.2 en 6.3.3 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat je de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.5 Wanneer kun je niet opzeggen?

Als wij je een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kan je jouw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. Je kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken jouw opzegging bevestigen..



6.4 Wanneer kunnen wij jouw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als je ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als je hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5 Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvang je een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor jou op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

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

6.6 Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens jou heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- je kunt deze zorgverzekering vernietigen als je ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat je al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK je heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens jou heeft gesloten;
- wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat je niet verzekeringsplichtig bent;
- je kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.



Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1 Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, dan heb je een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor jouw rekening. Als je in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houd je er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. Je vind de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houd je er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;



- de als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22 punt e en f, Transplantatie van weefsels en organen als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

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

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

7.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

7.5 Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening moet brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.



Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1 Varianten vrijwillig eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, dan kan je kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor jouw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvang je een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2 Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1 Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

Je hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2 Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en je direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

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



8.4 Wijziging vrijwillig eigen risico

Je kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. Je moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5 Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1 Je woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als je woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heb je voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor jou van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van jouw zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medische



zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor jouw rekening.

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

Als je woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kan je voor zorg in jouw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houd je er daarom rekening mee dat je voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3 Toestemming en/of verwijzing

Wil je je in het buitenland laten behandelen? Als je voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heb je vooraf onze toestemming nodig. Je hebt ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. Je vindt in deze artikelen ook of je een verwijzing of voorschrift nodig hebt.

Heb je onze toestemming niet nodig, maar wil je wel graag vooraf weten of jouw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kan je ons vragen om dit voor jou te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt geen toestemming nodig als je onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd. Als je 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet je (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas en op onze website.



Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1 Heb je een klacht? Leg jouw klacht voor aan de afdeling Kwaliteitszorg

Je kunt er van uit gaan dat wij alles rond jouw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor jouw klachten en suggesties. Je kunt jouw klacht gemakkelijk indienen via onze website of via het e-mailadres kwalityteitszorg@na.nl. Ben je niet in de gelegenheid om jouw klacht digitaal in te dienen? Dan kun je jouw klacht schriftelijk voorleggen aan National Academic, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

10.2 Klachten over onze formulieren

Vind je een formulier overbodig of ingewikkeld? Je kunt jouw klacht indienen via onze website of via het e-mailadres kwalityteitszorg@na.nl. Het is ook mogelijk om jouw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan National Academic, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht.

Je kunt jouw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe je een klacht over formulieren kunt indienen.



II. Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg	30
Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	34
Artikel 13. Gecombineerde leefstijlinterventie	35
Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	36
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg	38
Artikel 16. Medisch specialistische zorg	44
Artikel 17. Revalidatie	48
Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek	50
Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	51
Artikel 20. Audiologische zorg	54
Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	55
Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen	57
Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg	58
Artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma	59

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	60
Artikel 26. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	63

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	66
Artikel 28. Logopedie	70
Artikel 29. Ergotherapie	72
Artikel 30. Diëtetiek	73



MONDZORG

Artikel 31. Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	75
Artikel 32. Bijzondere tandheeskunde	76
Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	81
Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	82

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 35. Geneesmiddelen	84
Artikel 36. Dieetpreparaten	89

HULPMIDDELENZORG

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen	91
---	----

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf	94
----------------------	----

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	95
---	----

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling	99
---------------------------------------	----



GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend onderzoek en diagnostiek. Onder huisartsenzorg wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als je diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

Stoppen met roken

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Informatie over het stoppen-met-rokenprogramma vind je in artikel 24.

Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van jouw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als je (nog) niet zwanger bent.

Voetzorg bij diabetes mellitus

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetscreening die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van het zorgprofiel;



- vanaf zorgprofiel 1: jaarlijks gericht voetonderzoek en advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

Je hebt recht op deze voetzorg als onderdeel van huisartsenzorg óf als onderdeel van multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.1. Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De zorgmodule vind je op onze website. jouw huisarts kan je vertellen welk zorgprofiel je hebt.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein. Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Ben je 21 jaar of ouder? Dan heb je geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel 35;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- therapeutische injectie (Cyriax).

- 3.1 multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- diabetes mellitus type 2 (DM type 2)
- chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem)
- hart- en vaatziekten (HVZ; zorg als je patiënt bent met hart- of vaatziekten).



3.2 gecontracteerde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- verhoogd vasculair risicomanagement (VVR; zorg als je een verhoogd risico hebt op hart- of vaatziekten)
- astma als je 16 jaar of ouder bent
- programmatische zorg aan kwetsbare ouderen.

Deze zorg mag jouw zorggroep alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft.

Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Multidisciplinaire zorg is speciaal ontwikkeld om de zorg voor mensen met een chronische aandoening kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen, vaak in een zorggroep, zodat de zorg die je nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. De zorg is gebaseerd op een zorgstandaard. Dit is een door de zorgaanbieders afgesproken omschrijving van welke zorg een verzekerde moet ontvangen bij een bepaalde aandoening. Deze standaard vormt het uitgangspunt voor welke zorg de verzekerde ontvangt en wie deze zorg geeft. Als er geen zorgstandaard beschreven is, vindt zorgverlening plaats op basis van de professionele normen van de betrokken beroepsgroepen.

Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder regie van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

1. Voor huisartsenzorg (punt 1 en 2) en multidisciplinaire zorg (punt 3.1):
Bij een huisarts, zorggroep of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).



Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag je ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Jouw verloskundige kan je hierover informeren.

2. Voor voetzorg bij diabetes mellitus bij:

- een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici
- een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert
- Een pedicure met aantekening 'Diabetes voet'
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo
- Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling een (medisch) pedicure mag verlenen.

3. Voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg (punt 3.2):
bij een door ons gecontracteerde zorggroep.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website. Ook de samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vind je op onze website.

Je kunt ook bij de huisartsenpraktijk informeren naar de mogelijkheden voor multidisciplinaire zorg. Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Ga je voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding. Maak je geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kan je in jouw regio geen gebruik maken van deze zorg? Dan heb je recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 30).

Ga je voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.



Ga je naar een zorgaanbieder anders dan een huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd je er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor jou aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Dit krijg je vergoed

1. Je hebt recht op geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen plegen te bieden. Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare ouderen, mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
2. Deze zorg omvat ook:
 - a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Je kunt hierbij denken aan ouderen met multiproblematiek, mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of met een verstandelijke beperking
 - b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel
 - c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington
 - d. Zorg aan mensen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking

De regiebehandelaar stelt jouw behandelplan op en stuurt het multidisciplinaire team aan. In het behandelplan wordt de zorg en het aantal dagdelen zorg in een groep vastgelegd.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kun je terecht

1. Voor zorg zoals vermeld onder 1: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist.



2. Voor zorg zoals vermeld onder 2: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar.

De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld onder 2 mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist.

Heb je een CIZ-indicatie voor zorg opgenomen in de Tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling en is de zorg uiterlijk op 31 maart 2021 gestart? Dan heb je geen verwijsbrief nodig voor de zorg bij dezelfde zorgaanbieder.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor:

- dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a
- dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld onder 2b

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 13. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Je kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas.



Op onze website vind je de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. Je hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kan je terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en case-management. Je hebt ook recht op zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als je gebruik hebt gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als je thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan



kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plagen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Je hebt alleen recht op deze zorg als je een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met je een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die je nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder- verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Je kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Je hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. Je vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden je in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vind je op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder) verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder) verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt



met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Je kunt jouw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heb je geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1 Verloskundige zorg

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- **preconceptiezorg (kinderwensconsult):**
als je een kindwens hebt, kan je gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- **counseling:**
als je zwanger bent en je denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heb je in de meeste gevallen eerst een uitgebreid



gesprek met jouw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvang je informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Je kunt dan weloverwogen een besluit nemen of je deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatie-test en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);

- de combinatie-test, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als je een medische indicatie hebt. Je hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatie-test blijkt dat je een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. Je hebt recht op invasieve diagnostiek als uit een combinatie-test of NIPT blijkt dat je een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kan je laten onderzoeken of jouw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20^e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek

De combinatie-test, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als jouw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat je een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heb je recht op de diagnostiek.

Heb je geen medisch indicatie?

Als je geen medische indicatie hebt, dan kun je voor eigen rekening een combinatie-test of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatie-test dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heb je recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heb je recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Hier kan je terecht

Bij een verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde. Integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Integrale geboortezorg mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vind je op onze website.

Je mag tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafspraken heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Als er sprake is van een medische indicatie dan is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kan je terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

15.2 Kraamzorg

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, stelt het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). Je hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Je vindt het protocol op onze website.



Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamzorgorganisatie) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan heb je ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet je zeker dat jouw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,60 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 18,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet je het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 131 per dag voor zowel moeder als kind.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kan je terecht

Bij een gediplomeerde kraamverzorgende die is geregistreerd bij het Kenniscentrum Kraamzorg of verpleegkundige. Kraamzorg als onderdeel van integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Meer informatie over integrale geboortezorg vind je in artikel 15.1, Verloskundige zorg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Extra informatie

Maak je gebruik van een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuur je dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP).

Je kunt een kopie opvragen bij jouw kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in jouw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis

Bevalling thuis	Ja
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,60 per uur.

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,60 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.



Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum, of

Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis

Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 225 per dag.

Deze vergoeding is als volgt berekend:

Maximale vergoeding		
is 2 x € 131:	€	262 per dag
Af: eigen bijdrage		
is 2 x € 18,50:	€	37 per dag
		<hr/>
	€	225 per dag

Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 225 per dag moet je zelf bijbetalen.

Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie

Ja. De eigen bijdrage is € 387,56 voor moeder en kind samen.

Kraamzorg in geboortecentrum

Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,60 per uur.

Medische noodzaak

Jouw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.



Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van jouw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld jouw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die je al hebt besproken met jouw eerste behandelaar. Je moet met de second opinion terugkeren naar jouw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij jou thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vind je op onze website;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vind je op onze website;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;



- f. van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover je deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover je deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura anti-bacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover je deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover je deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover je deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als je:
 - 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 - 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 - 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor jou is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel



is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijk voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Je hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als je een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat je de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.



Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wil je weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? Je vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. Je vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heb je vooraf toestemming nodig?

Je hebt toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde:** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO:** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Chirurgie:** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- Gynaecologie:** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- Plastische chirurgie:** zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie



Wij raden je aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Jouw medisch specialist is verplicht je te melden dat je kosten van zorg zelf moet betalen als je vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. Je vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1 Revalidatie

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

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

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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



Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden

Hier kan je terecht

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

17.2 Geriatrische revalidatie

Dit krijg je vergoed

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

Je hebt alleen recht op deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 38, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;



2. Je een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en je voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. De geriatische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek,



ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan jou, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

19.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als je 42 jaar of jonger bent. Als je bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag je deze poging na jouw 43^e verjaardag afronden voor rekening van jouw zorgverzekering. Ben je jonger dan 38 jaar? Dan heb je alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.



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

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

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan heb je recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 17.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wanneer heb je opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.



Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Extra informatie

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. Je hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of je in aanmerking komt voor IVF, hangt af van jouw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van jouw leeftijd en hoe lang je al probeert zwanger te worden. Wil je naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Je vindt ons telefoonnummer op onze website.

19.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Ben je een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan heb je geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.



Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderenge- neeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
4. correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst), en;
 - klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.



Wanneer heb je recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vind je een nadere toelichting wanneer je recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (tegenwoordig Vereniging Artsen Volksgezondheid, VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. Je vindt deze werkwijzer op onze website.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet je een toelichting van jouw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heb je alleen recht op deze zorg als de donor jouw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

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

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.



Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:

- zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel jou zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.



Zorg in verband met een visuele beperking: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de gezondheidszorgpsycholoog. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Zorg in verband met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg is de gezondheidszorgpsycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Medisch specialist of huisarts. Verwijzing voor zorg in verband met een auditieve of communicatieve beperking mag ook plaatsvinden door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum.

Artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook heb je recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. Je kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat je stopt met roken. Je kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.



Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving. De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door een door ons voor deze zorg gecontracteerde internetapotheek. Je vindt deze op onze website.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Of ga je voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, dan heb je recht op generalistische basis GGZ zoals klinisch-psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Samen met jouw regiebehandelaar maak je een behandelplan waarin je afspreekt welke zorg je nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. jouw regiebehandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg je recht hebt.

Generalistische basis GGZ

De generalistische basis GGZ is bedoeld voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of mensen met stabiele chronische problematiek met een laag risico. Voor de behandeling breng je regelmatig een bezoek aan jouw zorgaanbieder. Ook kan je steeds vaker kiezen voor een (volledig) digitale behandeling. Soms word je thuis behandeld.



De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vind je informatie over de behandelingen die hier aan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze toegepast mogen worden. Je kunt voor informatie ook terecht bij jouw zorgaanbieder.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Kwaliteitsstatuut GGZ

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op de website www.zorginzicht.nl onder openbare data vind je welke zorgaanbieders een goedgekeurd GGZ kwaliteitsstatuut hebben en waar je het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan jou helpen bij het kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn.



De regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat jij zelf meebeslist over jouw behandelingsmogelijkheden.

1. Regiebehandelaar GB GGZ vrijgevestigd mogen zijn: klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog
2. Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen zijn: klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog, de specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater en verpleegkundig specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ van de NZa.
3. Regiebehandelaar GB GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP en orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als je 18 jaar bent geworden.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Je kunt jouw vordering op ons voor Generalistische Basis GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) of straatdokter. De straatdokter is een arts die is geregistreerd in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is en bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep). De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft. Ontving je GGZ op basis van de Jeugdwet en heb je hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heb je een nieuwe verwijsbrief nodig.



Artikel 26. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, dan heb je recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van jouw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van jouw regiebehandelaar.

Jouw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk.

Gespecialiseerde GGZ

Bij gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Gespecialiseerde GGZ kan bij de meeste psychische stoornissen ambulante gegeven worden. Dit betekent dat je regelmatig een bezoek brengt aan jouw zorgaanbieder voor jouw behandeling. De zorgaanbieder kan je ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling. In sommige situaties is een opname in een GGZ-instelling medisch noodzakelijk.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vind je informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze toegepast mogen worden. Je kunt voor informatie ook terecht bij jouw zorgaanbieder.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;



- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Kwaliteitsstatuut GGZ

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op de website www.zorginzicht.nl vind je onder openbare data welke zorgaanbieders een goedgekeurd GGZ kwaliteitsstatuut hebben en waar je het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan jou helpen bij het kiezen van jouw zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat je zelf meebeslist over jouw behandelingsmogelijkheden.

1. Regiebehandelaar SGGZ vrijgevestigd mogen zijn: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog of psychotherapeut.
2. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen zijn: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater en verpleegkundig specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ van de NZa.
3. Regiebehandelaar SGGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP en orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen



alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als je 18 jaar bent geworden.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Je kunt jouw vordering op ons voor Gespecialiseerde GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) of straatdokter. De straatdokter is een arts die is geregistreerd in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is en bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep). De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving je GGZ op basis van de Jeugdwet en heb je hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heb je een nieuwe verwijsbrief nodig.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 37, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet je opnieuw toestemming aanvragen. Je kunt samen met jouw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vind je op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet je zeker dat jouw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vind je waar je de aanvraag naar toe kunt sturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar

- Je hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. Je vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houd je er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- Heb je een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heb je per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als je na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan heb je nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heb je dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Je hebt eenmalig recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Je hebt recht op maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Je hebt recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.



Oefentherapie bij COPD

Je hebt recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger. Het aantal behandelingen is afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op longaanvallen volgens de GOLD groep A, B, C of D. Groep B wordt vervolgens onderverdeeld in:

- B1: matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit
- B2: hoge ziektelast en beperkte fysieke capaciteit

Groep	A	B1	B2 en C	D
Eerste 12 maanden Het aantal behandelingen in de periode van 12 maanden na de start van de behandeling is maximaal	5	27	70	70
Na 12 maanden Het aantal behandelingen voor iedere periode van 12 maanden na het eerste jaar is maximaal	0	3	52	52

Behandeling van chronische aandoeningen

Je hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. Je vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Hou er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfel je of jouw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. Je vindt ons telefoonnummer op onze website.



Je vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. Je kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. Je vindt ons telefoonnummer op onze website.

Alle leeftijden

Voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) omvat fysiotherapie ook:

- a. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen;
- b. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

Fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kan je tot 1 augustus 2021 aanspraak maken op:

- a. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of een medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. Je moet binnen een maand nadat jouw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.
Ben je voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had je geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. Je hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.
- b. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal nog eens zes maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een medisch specialist. Je moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

Je moet deelnemen aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet je bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet je toestemming geven voor het verzamelen



van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. Je moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van jouw behandelgegevens. Alleen wanneer je aan al deze voorwaarden voldoet, heb je recht op deze zorg. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Je hebt geen recht op

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

1. Bij een fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, kinderyfiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heb je de ziekte van Parkinson en heb je fysiotherapie of oefentherapie nodig? Dan kun je terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.



Chronisch ZorgNet

Heb je oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Dan kun je terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Toestemming

Je hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als je behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Je hebt een verklaring nodig van jouw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat je behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze lijst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 28. Logopedie

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Je hebt geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Logopedie na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kan je tot 1 augustus 2021 aanspraak maken op:

- Logopedie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. Je moet binnen een maand nadat jouw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de logopedie. Ben je voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had je geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg



een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. Je hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.

- b. Logopedie gedurende maximaal nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. Je hebt hiervoor een verwijfsbrief nodig van een medisch specialist. Je moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijfsbrief heeft afgegeven, starten met de logopedie.

Je moet deelnemen aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet je bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet je toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. Je moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van jouw behandelgegevens. Alleen wanneer je aan al deze voorwaarden voldoet, heb je recht op deze zorg. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf):

- afasie;
- Hanen-programma;
- integrale zorg stotteren;
- preverbale logopedie (eten en drinken);
- stotteren.

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



Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heb je de ziekte van Parkinson en heb je logopedie nodig? Dan kan je terecht bij logopedisten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Artikel 29. Ergotherapie

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft jouw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Ergotherapie na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kan je tot 1 augustus 2021 aanspraak maken op:

- a. Maximaal 10 uur ergotherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. Je moet binnen een maand nadat jouw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de ergotherapie. Ben je voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had je geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. Je hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.
- b. Maximaal 10 uur ergotherapie gedurende ten hoogste nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een medisch specialist. Je moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de ergotherapie.



Je moet deelnemen aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet je bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet je toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. Je moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van jouw behandelgegevens. Alleen wanneer je aan al deze voorwaarden voldoet, heb je recht op deze zorg. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Ergotherapeut.

Let op

Bij een ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heb je de ziekte van Parkinson en heb je ergotherapie nodig? Dan kan je terecht bij ergotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Artikel 30. Diëtetiek

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.



Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Diëtetiek na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kan je tot 1 augustus 2021 aanspraak maken op:

- a. Maximaal 7 uur diëtetiek in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. Je moet binnen een maand nadat jouw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de diëtetiek. Ben je voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had je geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. Je hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.
- b. Maximaal 7 uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. Je hebt hiervoor een verwijsbrief nodig van een medisch specialist. Je moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de diëtetiek.

Je moet deelnemen aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet je bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet je toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. Je moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van jouw behandelgegevens. Alleen wanneer je aan al deze voorwaarden voldoet, heb je recht op deze zorg. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een diëtist.



Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website. Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Wanneer je diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma hebt en je ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 11, dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

MONDZORG

Artikel 31. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijg je vergoed

Als je jonger bent dan 18 jaar, dan heb je recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar.
Als dit nodig is, dan heb je meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heb je meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten;
13. röntgenonderzoek. Je hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.



Ben je jonger dan 23 jaar? Dan heb je recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van één of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat je de leeftijd van 18 jaar hebt bereikt.

Eigen risico

Ben je 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heb je vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. Je hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als je hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die je zou hebben als je de aandoening niet zou hebben gehad.

32.1 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:



1. als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
2. als je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als je een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

Je hebt alleen recht op orthodontie als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als je 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

1. **Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:**
Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. **Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:**
Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.



De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heb je een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

Je vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



32.2 Tandheelkundige implantaten

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt;
2. als je een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als je al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan jouw kaak zo erg slinken dat jouw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit jouw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 36.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als je 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.



De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heb je een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

Je vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, dan heb je recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. Je hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die jouw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. Je vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijg je vergoed

Als je 18 jaar of ouder bent, dan heb je recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). Je hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese;
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van jouw gebitsprothese.

Jouw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage (gebits)prothese

Je hebt recht op een (gebits)prothese voor de boven- en/of onderkaak. Je betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als je een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als je een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt, zie artikel 32.2.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Hier kan je terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen;
 - b. als je jouw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

2. Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. een gebitsprothese op implantaten;
 - b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
 - c. een steg of drukknoop (mesostructuur).

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.



FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 35. Geneesmiddelen

Dit krijg je vergoed

Jouw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor jou nieuw receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vind je in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. Je hebt alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. Je vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Heel soms is behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord en vermeldt jouw arts 'medische noodzaak' op het recept. Je hebt dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

Jouw arts mag alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als hij deze kan onderbouwen. Twijfelt jouw apotheker over de medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat je het geneesmiddel niet eerder hebt gebruikt. Dan neemt hij contact op met jouw arts. Blijkt uit de toelichting van jouw arts dat er sprake is van medische noodzaak dan heb je recht op een ander geneesmiddel. Jouw apotheker kiest op basis van de door jouw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van jouw arts welk geneesmiddel hij aan jou meegeeft. Dit kan een ander generiek geneesmiddel zijn. De apotheker kan ook besluiten om het voorkeursgeneesmiddel alsnog mee te geven als er geen sprake is van medische noodzaak.



Voorkeursgeneesmiddelen en jouw eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor voorkeursgeneesmiddelen. Je vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruik je een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel vanwege medische noodzaak, dan geldt het eigen risico wel.

Zelfzorgmiddelen

Je hebt recht op zelfzorgmiddelen als je deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. Je hebt alleen recht op laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor jouw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor jou geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Je hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die jouw arts speciaal voor jou bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van jouw behandelend arts zijn ingevoerd. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, heb je recht op een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.



Je hebt geen recht op:

- farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

Je vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op:

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

Eigen bijdrage

Je bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Jouw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als jouw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

$$\text{Eigen bijdrage} \quad \times \quad \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen je een eigen bijdrage moet betalen. Jouw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.



Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruik je de door ons aangewezen voorkeurs-geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. Je vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Je kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houd je er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige.

Voor hoeveel dagen mag jouw apotheker geneesmiddelen aan je geven?

Jouw apotheker mag jouw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan je geven. De periode is afhankelijk van jouw recept, het geneesmiddel en hoe lang je het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan je nodig hebt voor 15 dagen.



Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost.
Als je na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag jouw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan je geven.
- 1 maand voor slaapmiddelen.
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de antidepressiva).
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan je te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar.
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar.

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heb je alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Je vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. Je ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan jouw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.

Ga je naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan het door jouw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Jouw apotheker beoordeelt of je voldoet aan de voorwaarden. Als je om privacyoverwegingen dit formulier niet bij jouw apotheek wilt inleveren, dan kan je ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Ga je naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.



2. Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
- Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan jouw apotheek levert;
 - Geneesmiddelen die jouw arts speciaal voor jou bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
 - Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van jouw behandelend arts zijn ingevoerd.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Ben je jonger dan 21 jaar? Dan heb je recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Ben je 21 jaar of ouder? Je hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als je deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als je geen recht hebt op deze vergoeding, dan krijg je de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

Ongeacht jouw leeftijd, heb je recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag je ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 36. Dieetpreparaten

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Je hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als je niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en je:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;



- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte-gerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding.

In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen.

Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. Je kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. Je vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie over het eigen risico in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kan je alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Let op

Koop je een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist?
Dan krijg je geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kan je gebruikmaken van het door jouw huisarts voorgeschreven recept of de door jouw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten).

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Je vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wil je een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dien je dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvang je in eigendom. Krijg je het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van jou. Andere hulpmiddelen ontvang je in bruikleen. Bruikleen betekent dat je het hulpmiddel kunt gebruiken zolang je hierop bent aangewezen en zolang je bij ons bent verzekerd. Je sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin jouw rechten en plichten zijn opge-



nomen. Hulpmiddelen in bruikleen kan je alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vind je de volgende informatie:

- of je het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of je een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of je vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kan je ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kan je ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als je naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kun je een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoef je zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vind je of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.



Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bruikleen

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 70% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar.

De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vind je voor welke hulpmiddelen je een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vind je voor welke hulpmiddelen je vooraf toestemming nodig hebt. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. Je moet het hulpmiddel goed verzorgen. Je krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. Je kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. Je kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als je daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als je een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat je redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.



VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kan je terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend. Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Je kunt jouw vordering op ons voor verblijf in een GGZ-instelling niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 33 Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 16), revalidatie (artikel 17.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en mondzorg (artikel 32 en 33) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar je geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. als je jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin je geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel



- of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - e. naar jouw woning of een andere woning, als je in jouw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als je van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e.

Je hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- b. voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- c. als je zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. als jouw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer kom je in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Jouw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat je niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door jouw visus (gezichtsscherpte) en door jouw gezichtsveld. Je hebt recht op zittend ziekenvervoer, als jouw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer je een gezichtsveld hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat je een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om jouw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. als je jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en



- verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. als je bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2;
 - g. als je bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12 onder punt 2a, 2b of 2c;
 - h. als je voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor je zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het zittend ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kun je een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: je moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kan je een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Logeerkosten

Ben je tenminste drie achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij je op jouw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 76,50 per dag. Je hebt dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 108 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.



Hier kan je terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor zittend ziekenvervoer:
 - bij een taxivervoerder;
 - bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door jezelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,32 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Maak je gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor zittend ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heb je een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor zittend ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heb je een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist. Je hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je kunt telefonisch toestemming vragen voor:

- zittend ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- zittend ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindersorghuis bij intensieve kindzorg
- vergoeding van logeerkosten.

Kijk voor het telefoonnummer op onze website.



Extra informatie

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

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling

Dit krijg je vergoed

Je hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. Je kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kan je bereiken via onze website.

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

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag je gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.



III. Begripsomschrijvingen

Acute zorg

Zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd.

Audiologisch centrum

Instelling voor gehoor- en taaldiagnostiek en behandeling en advies voor hoorhulpmiddelen.

CAK

Centraal Administratie Kantoor.

CAK Volmacht

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van de zorgverzekeringen.

Collectieve overeenkomst

Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc)

Een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.



Eigen bijdrage

Een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, dat je zelf moet betalen voordat je recht hebt op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat je zelf moet betalen;
2. vrijwillig eigen risico: een door jou als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat je zelf moet betalen.

Europese Unie en EER-lidstaat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Geboortecentrum

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



GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling

Instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening.

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR):

Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI) in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening of van bestaande aandoeningen.

Instelling

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

Je/jij/jou

Verzekeringnemer en/of verzekerde.

KNMG

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

National Academic Basis Keuze

Een tussen CAK Volmacht namens de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt National Academic Basis Keuze aangeduid met 'de zorgverzekering'.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit.

Polis

De zorgpolis zoals omschreven in artikel 1 lid 1 onder i van de Zorgverzekeringswet, namelijk de akte waarin de tussen verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De (zorg) polis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.



Schriftelijk

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor je wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Verblijf

Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verzekerde

Degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van de zorgverzekeraar staat.

Verzekeringnemer

Degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'je'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringplichtige

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

Verzekeringsvoorwaarden National Academic Basis Keuze / Verzekeringsvoorwaarden

De modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar.



Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis

Instelling voor medisch specialistische zorg, waarin verblijf van 24 uur of langer is toegestaan.

Zorg

Zorg of overige diensten.

Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent zoals omschreven in artikel 1, aanhef en sub c, onderdeel 1 van de Wmg. Onder zorgaanbieder worden ook verstaan alle behandelaren die voor de levering van de zorg worden ingeschakeld voor rekening en risico van de zorgaanbieder.

Zorgartikel

Artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

Zorgverzekeraar, de

VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering

Een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet waarvan deze voorwaarden een integraal en onlosmakelijk deel uitmaken.