

delta lloyd

Verzekeringen

Geldig vanaf 1 januari 2009

**Deel 2:
Algemene Voorwaarden
Delta Lloyd Zorgverzekering
(Zorgverzekering Restitutie)**



Algemene Voorwaarden

Zorgverzekering Restitutie

geldig vanaf 1 januari 2009

De vorige Algemene Voorwaarden zijn hierbij vervallen

Index

0. Belangrijke informatie over uw zorgverzekering	3
1. Begripsomschrijvingen	7
2. Basis van uw zorgverzekering	15
3. Werkgebied	15
4. Begin van de zorgverzekering	15
5. Wanneer kunt u de zorgverzekering opzeggen?	16
6. Andere momenten waarop de zorgverzekering eindigt	18
7. Premie	19
8. Verandering van premiegrondslag	20
9. Verplicht eigen risico	21
10. Vrijwillig eigen risico	23
11. Buitenland	24
12. Uw algemene verplichtingen	25
13. Het geven van informatie	25
14. Registratie en controle	26
15. Recht op vergoeding van andere zorg	27
16. Geschillen en klachten	27
17. Hoe is uw recht op zorg en vergoeding geregeld?	28
18. Uitsluitingen	30
19. Huisartsenzorg	31
20. Medisch-specialistische zorg	32
21. Zwangerschap, bevalling en kraamzorg	37
22. Revalidatie	41
23. Orgaantransplantatie	41
24. Dialyse zonder opname	43
25. Mechanische beademing	44
26. Onderzoek naar kanker bij kinderen	44
27. Trombosedienst	45
28. Erfelijkheidsonderzoek en –advisering	45
29. Audiologische zorg	46
30. Fysiotherapie en oefen therapie	47
31. Ergotherapie	48
32. Logopedie	49
33. Dieetadvisering	50
34. Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden	50
35. Mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	52
36. Mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder	53
37. Geneesmiddelen en dieetpreparaten	56
38. Hulpmiddelenzorg	62
39. Ziekenvervoer	65
40. Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)	68
41. Specialistische GGZ	69
42. Persoonsgebonden budget (pgb) GGZ	72
43. Dyslexiezorg	73

0. Belangrijke informatie over uw zorgverzekering

0.1. Welkom

Dit zijn de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering die u bij ons hebt afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

1. Het Vergoedingen Overzicht (dit is Deel 1) waarop staat aangegeven op welke vergoedingen u recht hebt. Dit is een samenvatting van de dekking van de Algemene Voorwaarden van uw zorgverzekering.
2. Het boekje met de Algemene Voorwaarden Zorgverzekeringen (dit is Deel 2) waarin de regels en voorwaarden van de zorgverzekering beschreven staan.

0.2. Papieren polis, zorgverzekering via telefonische directe acceptatie of zorgverzekering via Internet

Een zorgverzekering van ons kan op drie manieren tot stand komen:

- a. door middel van een schriftelijke aanvraag;
 - b. via internet;
 - c. door middel van een telefonische aanvraag.
-
- a. Sluit u een papieren zorgverzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten op papier. U geeft wijzigingen op papier aan ons door en vraagt op papier om de vergoeding van een nota.
 - b. Een Internetzorgverzekering sluit u af via Internet. U geeft via Internet wijzigingen aan ons door en vraagt via Internet om de vergoeding van een nota.
 - c. Bij een zorgverzekering dat door middel van een telefonische aanvraag tot stand is gekomen ontvangt u alle documenten op papier en vraagt u op papier om vergoeding van een nota. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze Algemene Voorwaarden Zorgverzekering zijn bestemd voor beide soorten zorgverzekeringen. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een Internetzorgverzekering en een zorgverzekering op papier wordt dit apart vermeld.

0.3. Uw verzekeringsdocumenten

Bij het afsluiten van uw zorgverzekering ontvangt u van ons:

- a. de polis. Hierop staat:
 - 1) wie verzekerd is;
 - 2) welke zorgverzekering (Zorgverzekering Natura of Zorgverzekering Restitutie) u hebt afgesloten;
 - 3) de hoogte van de premie;
 - 4) de hoogte van het verplichte eigen risico en ook het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico.
- b. "Deel 1: Vergoedingen Overzicht". Op dit Vergoedingen Overzicht geven we in een samenvatting aan op welke vergoedingen u recht hebt;
- c. "Deel 2: Algemene Voorwaarden Zorgverzekeringen". Hierin staan de regels van de zorgverzekering;
- d. notabegeleidingsformulieren met retourenvelop. U gebruikt deze als u nota's bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw notabegeleidingsformulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.
Bij onze Internetzorgverzekeringen declareert u via Internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u wat u vergoed krijgt

Als u wilt weten welke zorg u vergoed krijgt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke zorgverzekering u verzekerd bent;
- b. Kijk in “Deel 1: Vergoedingen Overzicht” van uw zorgverzekering en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als de zorg onder de zorgverzekering beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht op vergoeding van zorg.
- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in dit deel “Deel 2: Algemene Voorwaarden Zorgverzekeringen”.

0.5. Wat als u nieuwe voorwaarden krijgt

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of dekking van uw zorgverzekering hebben aangepast, kunnen de Algemene Voorwaarden Zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarvan bericht van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Het spreekt voor zich, dat uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en Algemene Voorwaarden Zorgverzekeringen na de wijzigingsdatum niet meer geldig zijn. Die kunt u het beste weggooien zodat er geen verwarring komt.

0.6. Hoe lang loopt uw zorgverzekering

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij uw zorgverzekeringen stilzwijgend van jaar tot jaar.

Wilt u niet dat uw zorgverzekering verlengd wordt? Laat ons dit vóór 1 januari weten. Als de minimale verzekeringsduur of de duur van een verlenging is verstreken, eindigt uw zorgverzekering.

In deze algemene voorwaarden vindt u onder artikel 4. meer informatie over de looptijd van uw zorgverzekering.

0.7. Wat moet u doen om zorg vergoed te krijgen

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U betaalt deze rekening zelf en stuurt vervolgens de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning!) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier (declaratieformulier) van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per nota aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener.

Nadat wij uw nota hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht hebt. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt als bijvoorbeeld voor de behandeling een eigen bijdrage geldt. Stuurt u ons een rekening, dan vergoeden wij daarvan dat deel waar u volgens het Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het gehele bedrag aan de zorgverlener.

Wij sturen u een bericht op welke vergoeding u recht hebt en op welke bank- of girorekening wij die vergoeding overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening indient.

Hebt u een Internetzorgverzekering dan declareert u via Internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele nota's moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele nota moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. De zorgverlener stuurt de rekening naar ons

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen. Tussenkost van u is niet nodig.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening toe, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw zorgverzekering recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt of vanwege een eigen risico. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een Internetzorgverzekering is dit altijd automatische incasso).

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of zorginstelling erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Wij kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Verzekerden met een internetzorgverzekering hebben hun eigen informatieteam waar zij hun vragen kunnen stellen.

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoeveel vergoeding u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat u in dat geval 100% vergoed krijgt van het notabedrag. Er kan namelijk verschil zijn tussen het notabedrag en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Een tarief kan als volgt vastgesteld zijn:

1) afgesproken tarief

Wij hebben met veel zorgverleners en zorginstellingen tarieven afgesproken voor de behandelingen. Wij vergoeden de behandeling dan volgens dit afgesproken tarief.

2) wettelijk tarief

Krijgt u een behandeling van een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken? Dan vergoeden wij de behandeling volgens het wettelijke (maximum-)tarief dat op dat moment geldt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.

3) marktconform tarief

Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling geen wettelijk (maximum)tarief? In dat geval vergoeden wij de zorg tot maximaal het marktconforme tarief. Dat is het tarief dat voor die zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring vooraf aanvragen

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch-specialist of tandarts; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons zorgadvies en een akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven.

0.12. Zorg in het buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, zónder geld te hoeven voorschieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

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

0.13. Rechten en plichten van u en van ons

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan op de polis, in de Algemene Voorwaarden Zorgverzekering en op het Vergoedingen Overzicht. Deze inleiding op de Algemene Voorwaarden Zorgverzekering is bedoeld ter verduidelijking, maar bevat géén rechten of plichten. Dat geldt ook voor de toelichtingen die wij bij verschillende artikelen gebruiken om de voorwaarden te verduidelijken. In de artikelen 2 tot en met 43 staan de rechten en plichten van deze Algemene Voorwaarden Zorgverzekering vermeld.

1. Begripsomschrijvingen

Akkoordverklaring

De schriftelijke verklaring die wij u in reactie op uw aanvraag voor zorgadvies geven. Uit deze verklaring blijkt dat wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de dekking van uw zorgverzekering valt en dat u hier volgens de verzekeringsvoorwaarden recht op hebt. Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Ambulance

Een auto die ingericht en bestemd is voor het liggend vervoer van zieken en gewonden. In de auto is voldoende opgeleid en bekwaam personeel aanwezig.

Apotheek

De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden. Degene die de apotheek beheert (de apotheker) staat geregistreerd zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie op grond van artikel 61 lid 10 of 11 van de Geneesmiddelenwet een vergunning is verleend om geneesmiddelen te leveren.

Apotheker

Degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Arts verstandelijk gehandicapten

De arts die is ingeschreven in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Audiologisch centrum

Een zorginstelling die volgens de wet audiologische zorg mag verlenen.

A.W.B.Z.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting:

De A.W.B.Z. is in het leven geroepen om de Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om erg dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Beademingscentrum

Een zorginstelling die volgens de wet medisch-specialistische zorg in de vorm van beademing mag verlenen.

Bekkentherapeut

Degene, die als fysiotherapeut staat geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Zorgverzekering Restitutie

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg. Aan de praktijk zijn één of meerdere tandartsen, mondhygiënist of andere bevoegde zorgverleners verbonden.

Collectieve overeenkomst

De overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt of waardoor uw belangen worden behartigd. Doel van de overeenkomst is u en uw collega's of de mensen van wie ook de belangen worden behartigd de mogelijkheid te bieden om bij ons een collectieve verzekering te sluiten.

Collectieve verzekering

De verzekering die u bij ons kunt afsluiten als u werkt bij een bedrijf of instelling met wie wij een collectieve overeenkomst hebben afgesloten of als dit bedrijf of deze instelling uw belangen behartigt. Dankzij deze overeenkomst hebt u bepaalde voordelen die u niet zou hebben als u individueel verzekerd zou zijn.

Dagbehandeling

Een behandeling met een tijdsduur van korter dan 24 uur.

Diabeteszorggroep

Organisatie in de eerstelijns die diabeteszorg levert voor patiënten met ongecompliceerde diabetes type 2.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft het afgesloten traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs.

Dialysecentrum

Een zorginstelling die volgens de regels van de wet medisch-specialistische zorg in de vorm van nierdialyse mag verlenen.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Zorgverzekering Restitutie

Eerstelijns instelling

Een instelling die gericht is op de eerstelijnspsychologische gezondheidszorg. De instelling heeft rechtspersoonlijkheid. Binnen de instelling leveren een of meer gezondheidszorgpsychologen – al dan niet in loondienst - uitsluitend eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ zorg).

Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

Diagnostiek en kortdurende, algemene (“generalistische”) behandeling van niet ingewikkelde (niet-complexe) psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die onder de zorgverzekering gedekt zijn, maar gedeeltelijk voor uw rekening blijven. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Eigen risico

Kosten van zorg die onder de zorgverzekering gedekt zijn, maar voor uw rekening blijven tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Hebt u het eigen risico bedrag al geheel voor uw rekening genomen dan heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is altijd sprake van een verplicht eigen risico. Er kan daarnaast sprake zijn van een vrijwillig gekozen eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

De EU-staten zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De levering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die op grond van het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen. De farmaceutische zorg moet voldoen aan de criteria die zijn gesteld in de voorwaarden of de lijsten met geneesmiddelen die bij deze voorwaarden horen. U kunt deze lijsten opvragen bij ons of bekijken op onze internetsite.

Fysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur zoals bedoeld in artikel 108 van de Wet B.I.G.

Gecontracteerde zorg

De zorg waarvoor wij met een zorgverlener en/of zorginstelling een overeenkomst hebben gesloten en die wij op basis van de verzekeringsvoorwaarden moeten vergoeden. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn in overeenstemming met wat in de Zorgverzekeringswet en bijbehorende regelgeving staat.

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van

Zorgverzekering Restitutie

de Wet B.I.G.

Huidtherapeut

Degene die de titel huidtherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut”. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

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

Huisartsenpost

Een organisatorisch verband van huisartsen. Het verband bezit een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Hulpmiddelenzorg

Het verstrekken van hulpmiddelen en verbandmiddelen die in de Regeling zorgverzekering zijn aangewezen. Wij hebben in ons Reglement Hulpmiddelen voorwaarden, gebruikstermijnen en volumevoorschriften opgenomen. U kunt dit reglement opvragen bij ons of bekijken op onze internetsite.

Instelling voor medisch-specialistische zorg

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

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

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode (IVF). Deze zorg houdt in:

- het bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw door hormonale behandeling;
- het afnemen van eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren plaatsen van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwanger te worden.

Jaar

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

Jeugdgezondheidszorgarts (JGZ-arts)

Een arts die in de jeugdgezondheidszorg werkt en is ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid of als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Sociaal Geneeskundigen

Zorgverzekering Restitutie

Registratie Commissie (SGRC) zijn ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

Een instelling, die wettelijk als kraamcentrum is toegelaten en die wij als zodanig erkend hebben.

Kraamhotel

Instelling waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen voor haar verloskundige zorg en de daarop volgende kraamzorg terecht kan.

Logopedist

Degene die de titel logopedist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De logopedist staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Manueel therapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Marktconform bedrag

Bedrag dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners passend en/of niet onredelijk hoog is. Het gaat om een bedrag gelijk aan het tarief dat wij hebben afgesproken met zorgverleners met wie wij overeenkomsten hebben gesloten.

(Medisch) adviseur

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

Medisch-specialist

Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen die het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid” stelt.

Zorgverzekering Restitutie

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Deze autoriteit:

- a. bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten;
- b. houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de A.W.B.Z.;
- c. houdt toezicht op de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg en stelt voor een deel van de zorg de tarieven en budgetten vast.

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een universitair denk- en werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten. Deze verpleegkundige heeft de HBO Masters opleiding "advanced nursing practice" met succes afgerond.

Oedeemtherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Degene die de titel oefentherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Opname

Het (formeel) begin van behandeling en het daarop volgende verblijf langer dan 24 uur in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie. Dagbehandeling is geen opname.

Orthodontist

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

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding "physician assistant" met succes heeft afgerond. Deze zorgprofessional ondersteunt de arts in zijn werk, onder andere bij het uitvoeren van de meer routinematig geneeskundige handelingen. De zorgprofessional en de arts hebben een samenwerking waarbij zij elkaar aanvullen. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts.

Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner is werkzaam in de huisartsenpraktijk en richt zich op het (geprotocolleerd) uitvoeren van huisartsentaken, waardoor enerzijds de taken van de huisarts worden verlicht, dan wel de zorg aan (groepen van) patiënten verbeterd kan worden. De praktijkondersteuner voert de taken uit onder verantwoordelijkheid van de huisarts"

Premiegrondslag

De bruto premie voor uw zorgverzekering zonder rekening te houden met eventuele kortingen. Bijvoorbeeld door deelname aan een collectiviteit of door een vrijwillig eigen risico.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Daar waar in dit register "psychiater" staat, kan ook "zenuwarts" gelezen worden.

Zorgverzekering Restitutie

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.

Revalidatie

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

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Hebt u een verzekering via internet afgesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Het gaat om pathologische psychische problematiek waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is (zoals depressieve-, angst- en aanpassingsstoornissen). Deze zorg bestaat soms uit behandeling door een zorgverlener van één vakgebied, maar vaak uit behandeling door zorgverleners met verschillende vakgebieden. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Bij de behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Tandprotheticus

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

Trombosedienst

Organisatie die zich bezighoudt met het geregeld controleren van het stollingsvermogen van het bloed van mensen die therapie krijgen om stolling van het bloed tegen te gaan.

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is:

- a. elke staat waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen;
- b. andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- c. een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- d. Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Verpleeghuisarts

Degene die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan u om gebruik te maken van de diensten van een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is nooit een verwijzing nodig.

Zorgverzekering Restitutie

Verzekerde

Iedereen die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met “u” en “uw”.

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst, de zorgverzekering met ons is aangegaan. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met “u” en “uw”. Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van “u (verzekeringnemer)” en “uw (verzekeringnemer)”.

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke specifieke zorg, onderzoek, behandeling of therapie om medisch professionele redenen op de verzekerde toegepast moet worden.

Wet B.I.G.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep uit te mogen oefenen.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”.

Ziekenhuis

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”.

Ziekenhuisverplaatste zorg

Medisch-specialistische zorg op een andere plaats dan de instelling voor medisch-specialistische zorg of de huispraktijk van de medisch specialist. De medische indicatie voor de medisch-specialistische zorg stopt niet doordat de zorg plaatsvindt op een andere plaats.

Zitting

Een direct contact tussen zorgverlener en verzekerde met als doel een behandeling of consult volgens een goedgekeurde prestatiebeschrijving.

Zorgaanvraag

Aanvraag voor zorgadvies.

Zorgadvies / zorgadvisering

Ons advies in reactie op uw zorgaanvraag om gebruik te maken van bepaalde zorg en/of zorgverleners. U kunt deze zorgaanvraag doen bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekering

Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de

Zorgverzekering Restitutie

Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeringswet

De wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. Dat is het geval, als u voor de A.W.B.Z. verzekerd bent. Het gaat dan voornamelijk om mensen die rechtmatig in Nederland wonen of die in het buitenland wonen maar in Nederland loonbelasting betalen,

2. Basis van uw zorgverzekering

2.1. De basis

U hebt bij ons een zorgverzekering afgesloten. Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet;
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e. het aanvraagformulier dat u hebt ingevuld.

Wij leggen de overeenkomst vast in de polis. Wij sturen deze polis jaarlijks aan u op.

2.2. Het verzekeringsbewijs

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast de polis van uw zorgverzekering ook het inschrijvingsbewijs (het polispasje). Op vertoon van dit pasje kunt u de zorg invoeren bij die zorgaanbieders op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

2.3. Controle van de polis

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u afkomstig te zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Doet u dit niet, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

2.4. Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een zogenaamde "restitutie-verzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg. De zorgaanbieder kan de rekeningen rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met de zorgaanbieder hebben afgesproken. In andere gevallen kunt u de rekeningen zelf naar ons toesturen. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

2.5. Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op die zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

3. Werkgebied

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

4. Begin van de zorgverzekering

4.1. Ingangsdatum

De zorgverzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de zorgverzekering bij ons af te

Zorgverzekering Restitutie

sluiten, ontvingen. Als u op dat moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was en u in uw verzoek hebt aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de zorgverzekering op die latere datum in. Op uw polis staat de ingangsdatum van uw zorgverzekering vermeld.

4.2. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- a. als uw zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.

Toelichting

U bent bij ons verzekerd en krijgt een kind. In alle drukte rond dit nieuwe leven vergeet u uw kind aan te melden voor de zorgverzekering. Na drie maanden komt u erachter dat u uw kind bij ons had moeten aanmelden. U doet dit alsnog. Wij schrijven uw kind met terugwerkende kracht in: de zorgverzekering gaat niet in als uw kind drie maanden is, maar op de dag dat de verzekeringsplicht ontstond, dus vanaf de dag van de geboorte.

- b. als u de zorgverzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar hebt beëindigd omdat deze de voorwaarden wijzigde of omdat het jaar afliep. Uw zorgverzekering gaat bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

Toelichting

U bent verzekerd bij een andere zorgverzekeraar en wilt overstappen naar ons. In november 2008 geeft u aan dat u per 1 januari 2009 de zorgverzekering opzegt. Eind januari 2009 stuurt u ons een brief waarin u aangeeft bij ons verzekerd te willen zijn. Wij laten uw zorgverzekering niet eind januari, maar met terugwerkende kracht per 1 januari 2009 ingaan.

5. Wanneer kunt u de zorgverzekering opzeggen?

U (verzekeringnemer) hebt het recht de zorgverzekering op te zeggen in de volgende situaties:

- aan het einde van het jaar (artikel 5.1.)
- bij een verandering van de voorwaarden in uw nadeel (artikel 5.2.)
- bij een verandering van de premie in uw nadeel (artikel 5.3.)
- als u verandert van werkgever en u collectief verzekerd bent (artikel 5.4.)
- doordat u de zorgverzekering herroept (artikel 5.5.)
- als u zorgverzekering voor iemand anders hebt afgesloten, die nu bij een andere zorgverzekeraar wordt verzekerd (artikel 5.6.)

Soms hebt u (verzekeringnemer) niet het recht om de zorgverzekering op te zeggen. U kunt in artikel 5.7. lezen wanneer dit het geval is.

5.1. Het opzeggen van de zorgverzekering met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Dat moet u schriftelijk doen. Uw zorgverzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

5.2. Het opzeggen van de zorgverzekering bij een verandering van de voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de zorgverzekering op te zeggen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw zorgverzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat. Het recht tot opzeggen van de zorgverzekering geldt niet als de verandering van de voorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wet.

Zorgverzekering Restitutie

5.3. Het opzeggen van de zorgverzekering als wij de premiegrondslag veranderen

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

5.4. Het opzeggen van uw collectieve zorgverzekering als u verandert van werkgever

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

5.5. Het herroepen van uw zorgverzekering

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

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

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan kunnen wij de zorgverzekering niet beëindigen door herroeping.

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

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

Toelichting

Onder het herroepen van uw zorgverzekering verstaan wij het volgende: u (verzekeringnemer) hebt zich aangemeld voor onze zorgverzekering, de formulieren hiervoor ingevuld en opgestuurd en eventueel de polis van ons ontvangen. U krijgt spijt van uw beslissing. U (verzekeringnemer) kunt uw zorgverzekering dan herroepen: u laat ons binnen een bepaalde termijn (14 dagen nadat de zorgverzekering is ingegaan of 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen) weten dat u de zorgverzekering wilt stoppen. De zorgverzekering wordt dan herroepen. Dat wil zeggen dat wij doen alsof deze zorgverzekering nooit heeft bestaan.

5.6. Het opzeggen van een zorgverzekering voor een verzekerde die via een andere zorgverzekering wordt verzekerd

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

- a. Als u (verzekeringnemer) de zorgverzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe zorgverzekering ingaat, eindigt de zorgverzekering op de dag waarop de nieuwe zorgverzekering ingaat.
- b. Zegt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de zorgverzekering na afloop van een volledige maand.

Zorgverzekering Restitutie

Toelichting

Voorbeeld 1

Zegt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere zorgverzekering verzekerd is, dan eindigt de zorgverzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering).

Voorbeeld 2

U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de zorgverzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere zorgverzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de zorgverzekering eindigt op 1 juni.

5.7 Wanneer kunt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering niet opzeggen?

De opzegmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen 5.1., 5.4., en 5.6. hebben aangegeven, gelden niet in het volgende geval:

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

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald heeft, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruik maken van de opzegmogelijkheden van artikel 5.1., 5.4. en 5.6.

6. Andere momenten waarop de zorgverzekering eindigt

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit eist (artikel 6.1.);
- als u uw premie niet op tijd betaalt (artikel 6.2.);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (artikel 6.3.);

6.1. Beëindiging van de zorgverzekering in situaties waarin de wet dit eist

De wet heeft bepaald dat de zorgverzekering in bepaalde situaties moet eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. Wij vermelden hierbij de reden van de beëindiging en de datum waarop de zorgverzekering eindigt. Dat is de dag nadat:

- a. onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- b. ons werkgebied – dit is het gebied waar wij de zorgverzekering aanbieden - verandert en u (verzekerde) daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- c. u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht;
- d. uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de A.W.B.Z. verzekerd bent of in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo snel mogelijk op de hoogte brengen.

6.2. Beëindiging van uw zorgverzekering doordat u de premie niet op tijd betaalt

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering opschorten (schorsen) en ook uw zorgverzekering zelf beëindigen als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting tegenover ons voldoet. Wij kunnen de volgende maatregelen treffen:

- a. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd, dan sturen wij u eerst een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. De termijn die in de aanmaning wordt aangegeven, gaat in op de dag ná de aanmaning. Betaalt u dan nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op zorg (opschorten dekking/schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste

Zorgverzekering Restitutie

instantie had moeten betalen Wij vermelden dit ook op de aanmaning. U hebt weer recht op zorg vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen alsnog bij ons binnen zijn.

- b. Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort(geschorst), blijft u verplicht ons premie te betalen. Doet u dat niet, dan sturen wij u een tweede aanmaning. Wij treffen ook maatregelen tot incasso en beëindigen uw zorgverzekering. Wij vermelden dit ook op de tweede aanmaning. Wij beëindigen de zorgverzekering niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was. Daarnaast komen alle incassokosten voor uw rekening.

6.3. Beëindiging van uw zorgverzekering doordat u onrechtmatig bent ingeschreven

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

6.4. Beëindiging van uw zorgverzekering bij fraude

U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij, als wij de waarheid hadden geweten, geen zorgverzekering hebben gesloten. Wij hebben het recht om zowel uw aanvullende zorgverzekering als uw zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen.

7. Premie

7.1. Kosten

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

- a. de premie;
- b. eigen bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- c. het eigen risico dat wij u bij rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.

7.2. Premie tot 18 jaar

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

7.3. De hoogte van de premie

De premie die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen is gelijk aan de premiegrondslag waarvan eventuele kortingen zijn afgetrokken:

- a. Premiegrondslag
Op uw polis staat de premiegrondslag (de brutopremie) per verzekerde per maand vermeld.
- b. Korting bij vrijwillig eigen risico
Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag af gaat en staat op uw polis vermeld.
- c. Collectiviteitkorting
Als uw zich verzekert via een collectieve zorgverzekering dan ontvangt u collectiviteitkorting. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.

Zorgverzekering Restitutie

d. **Betaaltermijnkorting**

U kunt met ons afspreken of u uw premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruit betaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen korting.

Hoe langer de termijn is die u vooruitbetaalt, hoe hoger de korting wordt. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.

Hoe hoog de premie is die u uiteindelijk moet betalen, vermelden wij op uw polis.

7.4. Kosten betalen

Bij het afsluiten van een zorgverzekering spreekt u (verzekeringnemer) met ons af of u de kosten per maand, kwartaal, halfjaar of jaar aan ons vooruitbetaalt.

7.5. Geen verrekening van premie en kosten

U (verzekeringnemer) mag de kosten die u aan ons moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die wij nog aan u moeten betalen.

Toelichting

U hebt bij ons voor een bedrag van € 750,- aan nota's ingediend. Drie dagen later moet u aan ons de premie van € 300,- overmaken. U moet deze € 300,- toch aan ons overmaken, ook al moeten wij nog € 750,- aan u betalen.

7.6. Te laat betalen

In artikel 6.2. staat wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) de kosten niet op tijd aan ons betaalt. Bovendien betaalt u ons één procent verdragingschade per maand over de verschuldigde en opeisbare kosten. Daarnaast moet u aan ons de kosten die wij maakten om de bedragen bij u te innen helemaal betalen.

7.7. De hoogte van de premie als uw zorgverzekering wijzigt

Als uw zorgverzekering in de loop van de maand wijzigt, mogen wij de hoogte van de premie opnieuw berekenen. Deze nieuwe premie gaat dan in op de eerste dag van de volgende maand. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de premie vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen deze premie.

7.8. De hoogte van de premie als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Dit kan bijvoorbeeld zijn als wij uw aanvraag en/of de door ons opgevraagde gegevens of documenten niet op tijd binnen hebben. Wij moeten alle stukken hebben ontvangen binnen vier maanden nadat u verplicht bent zich te verzekeren of voordat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering én eventuele gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

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

8. Verandering van premiegrondslag

8.1. De premiegrondslag verandert

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij mogen deze verandering pas zes weken nadat we dit aan u (verzekeringnemer) hebben doorgegeven, in laten gaan.

8.2. De opzegmogelijkheid bij een verhoging van de premiegrondslag

U (verzekeringnemer) mag de zorgverzekering opzeggen als wij de premiegrondslag verhogen. Wij moeten uw opzegging wel hebben ontvangen voordat de verhoging ingaat.

9. Verplicht eigen risico

9.1. Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 155,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 155,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis.

9.2. Kosten die niet meetellen voor het verplicht eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 155,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- a. De kosten van zorg zoals huisartsen die normaal gesproken bieden. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.
- b. De kosten van zorg in verband met een bestaande zwangerschap, bevalling en kraambed. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die apart in de polis zijn opgenomen. Dit gaat dan bijvoorbeeld om IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek die niet door de huisarts is gedaan en gedeclareerd.
- c. De kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals bedoeld in artikel 35. Het verplicht eigen risico geldt wel voor kaakchirurgische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg, het daarbij behorende röntgenonderzoek, uitneembare volledige gebitsprotheses en bijzondere tandheelkunde.
- d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 1. een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 2. kosten die te maken hebben met:
 - a. de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - b. de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - c. de plaats van de praktijk of instelling.

Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een overeenkomst hebben afgesloten. In deze overeenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.

- e. De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:
 1. u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 2. u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht heeft gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Welke zorgverleners of gezondheid programma's dit zijn kunt u zien in de "Lijst met zorgverleners en programma's buiten het verplicht eigen risico", die bij deze verzekeringsvoorwaarden hoort. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Zorgverzekering Restitutie

Toelichting

- a. *U maakt in een jaar voor € 400,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten voor zorg door een medisch-specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. U hebt geen vrijwillig eigen risico. De eerste € 155,- van de kosten moet u zelf betalen. De overige kosten (€ 245,-) betalen wij.*
- b. *U maakt in een jaar voor € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch-specialist in het ziekenhuis, Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen **niet** mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden door ons betaald en tellen niet mee voor uw verplicht eigen risico.*

9.3. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. De kosten worden dan dus niet afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. Bijvoorbeeld als er in de verzekeringsvoorwaarden voor bepaalde zorg een eigen bijdrage geldt. Of als er een maximumvergoeding geldt en de kosten hoger zijn dan dit maximum. Het gaat om de kosten die wij niet aan u zouden vergoeden en die u dus toch al zelf zou moeten betalen.

Toelichting

U hebt in een jaar vier zitting eerstelijnspsychologische zorg gehad van een instelling waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten. De kosten van deze zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet u hiervoor per zitting € 10,- zelf betalen. Het gaat om een nota van € 120,- (€ 30,- per zitting). U zou van ons € 80,- vergoed krijgen (4 x € 30,- min 4 x €10,-). Deze € 80,- wordt afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. De € 40,- die wij niet aan u zouden vergoeden en u dus ook al zelf zou moeten betalen, worden niet afgetrokken van het bedrag dat u nog voor het verplicht eigen risico hebt openstaan.

9.4. DBC

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

9.5. Het verplicht eigen risico als wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen

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

9.6. De hoogte van het verplicht eigen risico als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt

Het verplicht eigen risico is € 155,- voor een heel jaar. Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, als volgt. Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 155,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

9.7. De hoogte van het verplicht eigen risico als dit in de loop van het jaar verandert

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 155,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt niet het veranderde bedrag, maar een gemiddelde als verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- a. Wij vermenigvuldigen het bedrag van het oude verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gold;
- b. Wij vermenigvuldigen het bedrag van het nieuwe verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;

Zorgverzekering Restitutie

- c. De bedragen die hieruit komen, tellen we bij elkaar;
- d. De uitkomst daarvan delen we door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren);
- e. Dat bedrag ronden we af op hele euro's.

Toelichting

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 4 december wordt uw zoon 18 jaar. Voor 4 december had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 4 december een verplicht eigen risico van € 150,-. Dat jaar heeft 365 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- a. $€ 0,- \times 337 \text{ dagen} = € 0,-$
- b. $€ 155,- \times 28 \text{ dagen} = € 4.340,-$
- c. $€ 0,- + € 4.340,- = € 4.340,-$
- d. $€ 4.340,- : 365 = € 11,89$
- e. $€ 11,89$ ronden we af. De uitkomst is dan € 12,-. Dit is dan het eigen risico voor dat jaar.

9.8. Eerst volmaken van het verplichte eigen risico, dan van het vrijwillige

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is volgemaakt, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico (kijk hiervoor in artikel 10). Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

Toelichting

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen bijdragen van toepassing, U hebt een verplicht eigen risico van € 155,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 155,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 155,- = € 145,-) pas afgetrokken van het gekozen vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 155,- = € 45,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 45,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

10. Vrijwillig eigen risico

10.1. Een lagere premie bij een vrijwillig eigen risico

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) betaalt. U krijgt de korting op de premiegrondslag. De artikelen 9.2. tot en met 9.7. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico nog andere voorwaarden die wij hierna vermelden.

10.2. De hoogte van het vrijwillige eigen risico.

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar. Wanneer niets anders is afgesproken, is het vrijwillig eigen risico € 0,-. Of u voor een vrijwillig eigen risico hebt gekozen en hoe hoog dat vrijwillig eigen risico is, kunt u zien op uw polis.

10.3. Het vrijwillig eigen risico als iemand 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillige eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet op tijd schriftelijk op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico van € 0,-.

10.4. Eerst volmaken van het verplichte eigen risico, dan van het vrijwillige

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is volgemaakt, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige

Zorgverzekering Restitutie

eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

Toelichting

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen betalingen van toepassing. U hebt een verplicht eigen risico van € 155,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 155,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 155,- = € 145,-) pas afgetrokken van het afgesproken vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 155,- = € 45,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 45,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

11. Buitenland

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

- a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel 11.1.);
- b. verzekerden die wonen of verblijven in een verdragsland (artikel 11.2.);
- c. verzekerden die wonen in een verdragsland en tijdelijk in Nederland of een ander Verdragsland verblijven (artikel 11.2.);
- d. verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een Verdragsland (artikel 11.3.).

11.1. U woont in Nederland en krijgt zorg in het buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

11.2. U woont of verblijft in een Verdragsland en krijgt daar, in een ander Verdragsland of in Nederland zorg

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

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een bevoegde zorgaanbieder of bevoegde zorginstelling;

11.3. U woont of verblijft in het buitenland, maar niet in een Verdragsland

Woont of verblijft u buiten Nederland in een land dat geen Verdragsland is, dan hebt u recht op een vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 41. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

11.4 Tarief en akkoordverklaring

Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart u teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd.

11.5. Bevoegde zorgverlener en zorginstelling

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

12. Uw algemene verplichtingen

12.1. Verplichtingen die u niet nakomt

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

12.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- a. te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch-specialistische zorg of bij een polikliniek. U kunt dit doen door u te legitimeren met een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- c. ons, onze medisch adviseur of controleur te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie. We houden ons hierbij aan wat in de privacyregelgeving hierover is geregeld;
- d. ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis of de gevangenis zit. Dit omdat de dekking en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap tijdelijk opgeschort worden.

12.3. Nota's tijdig bij ons indienen

Het kan voorkomen dat de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons declareert maar aan u een nota stuurt. In dat geval moet u die originele nota volgens de wetgeving binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Stuurt u nota's later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

12.4. Een ander aansprakelijk stellen (verhaal halen)

- a. Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)
Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen waarvan de kosten onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Als wij anderen (derden) voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit meteen maar uiterlijk binnen veertien dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.
- b. Geen afspraken met andere partijen (derden)
U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met andere (derden) – ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden benadelen of kunnen benadelen. Dit mag wel als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- c. Consequenties
Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

13. Het geven van informatie

13.1. Het geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken,

Zorgverzekering Restitutie

geeft u ons valse of misleidende stukken of doet u een onjuiste opgave, dan:

- a. hebt u geen enkele aanspraak meer op vergoeding van kosten;
- b. vorderen wij alle vergoedingen die u van ons voor zorg ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- c. hebben wij binnen twee maanden nadat wij ontdekten dat u ons misleidde, het recht de zorgverzekering per direct te beëindigen;
- d. doen wij hiervan een melding in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH);
- e. zullen wij gedurende een periode van vijf jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering weigeren.

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

13.2. Het doorgeven van belangrijke gebeurtenissen

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

- a. verhuizing;
- b. geboorte;
- c. overlijden;
- d. echtscheiding.

Wij gaan er vanuit dat u deze zaken tijdig aan ons doorgeeft. Wij gaan er ook vanuit dat berichten die wij toesturen aan het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

14. Registratie en controle

14.1. Registratie van persoonsgegevens

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de zorgverzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyregelgeving zijn genoemd en die we bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld.

14.2. Verwerking persoonsgegevens

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

- a. het beoordelen en accepteren van verzekerden, het aangaan en uitvoeren van zorgverzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- b. het gebruik van persoonsgegevens voor statistisch en wetenschappelijk doel;
- c. het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden;
- d. het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- e. het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

14.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat :

- a. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen;
- b. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw zorgverzekering doelmatiger te laten verlopen;
- c. met zorgverleners en leveranciers van goederen onderhandelen over de kosten en zonedig (en dan op onze kosten) tegen hen procederen;

Zorgverzekering Restitutie

- d. uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw zorgverzekering(en) opnemen in onze administratie. Daaronder valt het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners;
- e. uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen.

Wij houden ons bij deze informatieverstrekking en registratie aan de geldende privacyregelgeving.

Toelichting "Informatie geven aan derden ":

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

14.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw zorgverzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U bent verplicht er uw medewerking aan te verlenen.

15. Recht op vergoeding van andere zorg

15.1. Recht op vergoeding van andere zorg dan in de voorwaarden omschreven

In de artikelen 19. tot en met 41. staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht hebt op vergoeding. U kunt ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn:

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

15.2. Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

15.3. Begin en einde van het recht op vergoeding van zorg

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

16. Geschillen en klachten

16.1. Nederlands recht

Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

Zorgverzekering Restitutie

16.2. Geschillen

- a. Verzoek om heroverweging van een beslissing
Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing opnieuw te bekijken (te heroverwegen). Daarvoor moet u een schriftelijk verzoek aan onze afdeling Juridische Zaken sturen.
- b. Naar de rechter of de geschillencommissie
U kunt naar de bevoegde rechten stappen als wij niet binnen vier weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie brengt een advies uit. Dit advies is bindend. De commissie houdt zich bij het uitbrengen van het bindend advies aan het reglement, dat op de commissie van toepassing is.

16.3. Klachten

- a. Als u een klacht hebt, die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. Maar doet u dat dan wel schriftelijk. De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en wij stellen u van de uitkomst op de hoogte.

Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur en zijn uw klachten niet weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

1. U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter.
 2. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen
- b. Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

17. Hoe is uw recht op zorg en vergoeding geregeld?

17.1. Zorg door een zorgverlener of zorginstelling algemeen

- a. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden onder andere mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, als die er niet is, door wat men in dat vakgebied beschouwt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- b. U hebt recht op vergoeding van een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop redelijkerwijs bent aangewezen.

17.2. Bemiddeling

Naast vergoeding van zorg hebt u ook recht op bemiddeling naar zorg. Vraagt u in deze gevallen vooraf ons zorgadvies en een akkoordverklaring aan bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

17.3. Acute zorg (Spoed)

Gaat het om acute zorg die niet kan worden uitgesteld, dan gaan wij er vanuit dat u een akkoordverklaring hebt gekregen voor de zorg. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist.

Zorgverzekering Restitutie

17.4. Tarief

Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de nota hebben ontvangen tot maximaal:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

17.5. Zorgadvisering en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgverleners onder de dekking vallen van uw zorgverzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij zorgafspraken hebben gemaakt. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of deels onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Dat noemen wij akkoordverklaring. Bij de zorgvormen verderop in deze verzekeringsvoorwaarden staat, of daarvoor vrijwillige of verplichte zorgadvisering geldt:

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

In artikel 17.3 kunt u lezen hoe het zit met de zorgadvisering en akkoordverklaring bij acute zorg (spoed).

Toelichting

1. De Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden omschrijven op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de dekking van uw zorgverzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw zorgverzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de dekking valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de wet en de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadvisering geeft u vooraf zekerheid over de dekking van uw zorg. Want als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring. Als u op onze akkoordverklaring afgaat, dan weet u zeker, dat de zorg die u krijgt onder de dekking valt en tegen welk tarief dat u deze zorg vergoed krijgt.

2. Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over dekking. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadvisering en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering dekking geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.

Voorbeelden

1. U heeft fysiotherapie nodig. Volgens uw zorgverzekering heeft u vanaf de 10e zitting recht op fysiotherapie als sprake is van een aandoening die op een lijst van VWS staat genoemd. Het is niet altijd zeker of u zelf kunt vaststellen, of sprake is van een van de genoemde aandoeningen. Wij helpen u daarbij als u gebruik maakt van onze zorgadvisering. Onze akkoordverklaring geeft u vervolgens de zekerheid over de dekking van uw polis.

2. U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. De tarieven die men daar mag gebruiken kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgverlener hebben wij geen afspraken gemaakt. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief berekend krijgt dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Bovendien moet u bij de zorgverzekering natura ook rekening houden met een eigen bijdrage van 25%. Het is dan verstandig ons vooraf hiervoor te

Zorgverzekering Restitutie

raadplegen, zodat u weet wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse medisch specialist.

17.6. Doorlopende akkoordverklaring, verwijzing, recept bij verandering zorgverzekeraar

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd en u tijdens deze vorige zorgverzekering een akkoordverklaring, een verwijzing of een recept kreeg, blijft die akkoordverklaring, die verwijzing of dat recept geldig als u naar onze zorgverzekering overstapt. De akkoordverklaring, de verwijzing of het recept verloopt op de datum die daarin door de andere zorgverzekeraar is aangegeven.

17.7. De betaling van rekeningen

- a. **Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener**
U geeft ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. Wij kunnen ook afspreken dat wij de rekeningen naar hen terugsturen zodat zij die zelf bij u innen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.
- b. **Teveel vergoed aan de zorgverlener**
Vergoeden wij de zorgaanbieder meer dan wij volgens de zorgverzekering zouden moeten vergoeden, dan gaan wij er vanuit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgaanbieder hebben betaald.
Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een maximum vergoeding geldt. U betaalt dit verschil op de wijze waarop u de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).
- c. **Verrekening**
Als wij een rekening niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de bedragen die wij aan u moeten betalen, verrekenen met uw openstaande premie.

17.8. Mededelingen en toezeggingen

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

17.9. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

Als u kosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze in het Nederlands wettige betaalmiddel. Wij maken gebruik van de verrekeningskoers die geldt op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

18. Uitsluitingen

De volgende zorg en kosten vergoeden wij niet op basis van de zorgverzekering:

- a. de eigen bijdrage die u betaalt volgens de A.W.B.Z. en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- b. de eigen bijdrage die u betaalt voor bevolkingsonderzoek;

Zorgverzekering Restitutie

- c. attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vliegbrevet). Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering zo is bepaald;
- d. de grieprik;
- e. alternatieve geneeswijzen;
- f. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte tijdens een reis;
- g. onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of een ongeboren kind een aangeboren afwijking heeft (prenatale screening) vergoeden wij niet als u jonger bent dan 36 jaar en er geen medische reden is voor dit onderzoek. Het echoscopisch onderzoek in de vierde tot en met de zesde maand van de zwangerschap vergoeden wij wel;
- h. verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (pijn verzachtende zorg in de laatste periode voor het overlijden) bij medisch-specialistische zorg zoals beschreven in artikel 20.3.
- i. verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 25.1.2.
- j. declaraties voor afspraken die u niet bent nagekomen;
- k. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- l. als zorg nodig is als gevolg van één of meer terroristische handelingen geldt de volgende regel: als de totale schade die in een jaar gedeclareerd wordt bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit.

19. Huisartsenzorg

19.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden huisartsenzorg. Het gaat hierbij om zorg die door een huisarts normaal gesproken wordt verleend. Wij vergoeden ook het onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg, waaronder bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek.

19.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van huisartsenzorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Plaats

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

20. Medisch-specialistische zorg

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. De geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij niet hier. De geestelijke gezondheidszorg beschrijven wij in de artikelen 40., 41. en 42.

In dit artikel komt ook Mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen 34., 35. en 36.

Binnen de medisch-specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- a. Ziekenhuisopname (met verblijf/klinisch)(artikel 20.1.)
- b. Medisch-specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch)(artikel 20.2.)
- c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard (artikel 20.3.)

In artikel 20.4. beschrijven wij welke medisch-specialistische zorg wij niet vergoeden.

20.1. Ziekenhuisopname

20.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

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

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

Toelichting

- a. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- b. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.*
- c. *Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:
De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.*

20.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een ziekenhuisopname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg:

- die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose;
- die oogheekunde omvat;
- die keel-, neus- en oorheekunde (KNO) omvat;
- die dermatologie omvat;
- die verleend wordt in een ZBC (instelling voor medisch-specialistische zorg).

Voor andere medisch specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts. De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.

Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg), een medisch-specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Plaats

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

20.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Als sprake is van prenatale screening (onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of een ongeboren kind een aangeboren afwijking heeft), vergoeden wij ook:

- het krijgen van voorlichting en informatie over wat prenatale screening inhoudt en waar het voor gebruikt kan worden;
- het structureel echoscopisch onderzoek (20 weken echo);
- de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek in verband met aanwezigheid Down-syndroom) bij vrouwen van 36 jaar en ouder;
- de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek in verband met aanwezigheid Down-syndroom) bij vrouwen tot 36 jaar, als er een medische reden (indicatie) voor is.

20.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van medisch-specialistische zorg zonder opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgverzekering Restitutie

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg:

- die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose;
- die oogheelkunde omvat;
- die keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) omvat;
- die dermatologie omvat.

Voor andere medisch specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.
- De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om prenatale screening (onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of een ongeboren kind een aangeboren afwijking heeft) hebt u alleen een verwijzing nodig als een medisch-specialist de zorg verleent.
- Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch-specialist. Gaat het om ziekenhuisverplaatste zorg, dan kan de zorg ook bij u thuis plaatsvinden. Gaat het om prenatale screening dan kan de zorg ook plaatsvinden in de praktijk van de verloskundige of in een echocentrum / prenataal screeningcentrum.

Vergunning

- Als het gaat om in-vitrofertilisatie (IVF) moet de zorginstelling de wettelijk vereiste vergunningen hebben.
- Voor het uitvoeren van een prenatale screening (niet op medische indicatie) moet er een vergunning zijn op grond van de Wet op het Bevolkingsonderzoek of moet er een samenwerkingsafpraak zijn met een Regionaal Centrum wat deze vergunning wel heeft.

20.3. Verpleging zonder opname

20.3.1 Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van verpleging zonder opname.

20.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verpleging zonder opname als u voldoet aan de volgende

Zorgverzekering Restitutie

voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die verpleegkundigen normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van verpleging in verband met medisch-specialistische zorg:

- die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose;
- die oogheekunde omvat;
- die keel-, neus- en oorheekunde (KNO) omvat;
- die dermatologie omvat.

Voor andere medisch specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.
- De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om prenatale screening (onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of een ongeboren kind een aangeboren afwijking heeft) hebt u alleen een verwijzing nodig als een medisch-specialist de zorg verleent.
- Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch-specialist. Gaat het om ziekenhuisverplaatste zorg, dan kan de zorg ook bij u thuis plaatsvinden. Gaat het om prenatale screening dan kan de zorg ook plaatsvinden in de praktijk van de verloskundige of in een echocentrum / prenataal screeningcentrum.

Vergunning

- Als het gaat om in-vitrofertilisatie (IVF) moet de zorginstelling de wettelijk vereiste vergunningen hebben.
- Voor het uitvoeren van een prenatale screening (niet op medische indicatie) moet er een vergunning zijn op grond van de Wet op het Bevolkingsonderzoek of moet er een samenwerkingsafpraak zijn met een Regionaal Centrum wat deze vergunning wel heeft.

20.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

Zorgverzekering Restitutie

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- e. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Toelichting

Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als het gaat om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Voorbeelden zijn: onbehandelbare smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik of een doorgankelijkheidsprobleem van de neus bij een neus die scheef staat.

Van een verminking is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.

Bij verlamde of verslachte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren.

20.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van behandelingen van plastisch chirurgische aard als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Bij de aanvraag moet een omschrijving van de gevraagde behandeling zitten.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

Als het gaat om een second opinion is een aparte verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts nodig.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

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

20.5. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende zorg vergoeden wij niet:

- a. in-vitrofertilisatiebehandelingen (IVF) na de derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan. Ook de geneesmiddelen die daarbij horen, vergoeden wij niet meer na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan;
- b. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

Zorgverzekering Restitutie

- c. liposuctie van de buik;
- d. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd.
- e. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is.
- f. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- g. sterilisatiebehandelingen;
- h. behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- i. een besnijdenis (circumcisie);
- j. verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (pijn verzachtende zorg in de laatste periode voor het overlijden) bij medisch-specialistische zorg zonder opname zoals beschreven in artikel 20.3. Op deze zorg hebt u recht op grond van de A.W.B.Z.

21. Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

Bij verloskundige zorg en kraamzorg maken wij verschil tussen:

- bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg (artikel 21.1.);
- bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een kraamhotel (artikel 21.2.);
- kraamzorg in een kraamhotel of kraamzorg bij u thuis nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg (artikel 21.3.);
- bevalling en kraambed bij u thuis (artikel 21.4.).

De verloskundige zorg kan worden verleend in combinatie met zorg uit een kraamhotel.

21.1. Verloskundige zorg en/of kraamzorg met medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg

21.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van kosten van de medisch-specialistische zorg, het verblijf, de verzorging en de verpleging in een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

21.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg bij een bevalling en/of kraamzorg met een medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om zorg die verloskundigen, kraamverzorgenden en medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.
- Het verblijf in de instelling voor medisch-specialistische zorg is volgens de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk voor moeder en/of kind.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U dient voor de 20^e week of in vierde maand van uw zwangerschap contact op te nemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

U bent voor deze zorg verwezen.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De medisch-specialistische zorg wordt verleend door een medisch-specialist of verloskundige.

Plaats

De verloskundige zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg

21.2. Verloskundige zorg en/of kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg of kraamhotel

21.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg voor moeder en kind in een instelling voor medisch-specialistische zorg of kraamhotel. U hebt recht op deze zorg met ingang van de dag van de bevalling. In artikel 21.2.3. geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen. In artikel 21.4.3. staat wat u voor de kraamzorg in een kraamhotel zelf moet betalen. U moet deze kraamzorg in het kraamhotel beschouwen als vervanging van kraamzorg bij u thuis.

Het kraamcentrum, dat na uw ontslag uit de instelling voor medisch-specialistische zorg of het kraamhotel, uw kraamzorg mogelijk verder verleent, berekent aan de hand van het aantal opnamedagen / verblijfdagen het aantal resterende uren / dagen gedurende welke u nog recht hebt op kraamzorg thuis. Deze berekening vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Bevalt u zonder medisch noodzaak poliklinisch in een instelling voor medisch specialistische zorg, dan hebt u recht op verloskundige zorg zonder kraamzorg. In artikel 21.2.3. geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen.

21.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en/of kraamzorg zonder medische noodzaak als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die verloskundigen en kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een verloskundige, een verloskundig actieve huisarts of een medisch-specialist verleent de verloskundige zorg. Een instelling die door de wet erkend is, verleent de kraamzorg.

Plaats

De verloskundige zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg (verloskamer) of in een kraaminrichting (kraamhotel of thuis).

21.2.3. Kosten die wij niet vergoeden

U moet voor moeder en kind/kinderen een bedrag van € 15,- per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage) voor poliklinische bevalling of kraamzorg zonder medische noodzaak. Als er meer dan € 108,- per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 108,- ook zelf betalen.

Toelichting

A. Er wordt € 108,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. Wij hebben met de instelling het volgende

Zorgverzekering Restitutie

afgesproken:

1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,- per dag voor moeder en € 15,- per dag voor het kind in rekening.

B. Er wordt € 120,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:

1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,- per dag voor moeder en € 15,- per dag voor het kind in rekening.
3. Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 108,- in rekening. In dit geval is dat € 120,- minus € 108,- = € 12,-. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.

C. U bevalt poliklinisch in het ziekenhuis zonder medische noodzaak. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2 keer € 108,- per dag is € 216,00 per dag voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 15,- aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 30,-. U krijgt dus € 216,00 -/ - € 30,- = € 186,00 per dag van ons.

21.3. Kraamzorg in een kraamhotel of thuis, nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg

21.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

21.3.1.1. Kraamzorg in het kraamhotel

U hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg voor moeder en kind in een kraamhotel. In artikel 21.3.3 geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen. Het aantal dagen waar u recht op hebt, hangt af van het oordeel van de verloskundige of de medisch-specialist. Zij overleggen hierover met het kraambureau of het kraamhotel. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

21.3.1.2. Kraamzorg thuis

U hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg voor moeder en kind thuis nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg of kraamhotel. U hebt recht op acht dagen, gerekend vanaf de dag van de bevalling. Om medische redenen kunnen hieraan nog twee extra dagen toegevoegd worden. De verloskundige of de medisch-specialist stelt in overleg en samenspraak met het kraambureau of het kraamhotel het aantal uren kraamzorg dat wij voor u voor die dagen vergoeden vast. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Hebt u na de bevalling één of meerdere dagen in de instelling voor medisch-specialistische zorg doorgebracht, dan trekken we die dagen van de kraamzorg af, waarop u recht hebt.

21.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg in een kraamhotel of bij u thuis nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U dient voor de 20^e week of in vierde maand van uw zwangerschap contact op te nemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverzekering Restitutie

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een kraamverzorgende die daarvoor alle diploma's heeft en die werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg verleent de kraamzorg.

Plaats

U krijgt de kraamzorg bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats of in het kraamcentrum.

Met uw 'tijdelijke verblijfplaats' bedoelen wij niet een instelling voor medisch-specialistische zorg.

21.3.3. Kosten die wij niet vergoeden

Voor kraamzorg thuis of de kraamzorg in het kraamhotel geldt een eigen bijdrage van € 3,80 per uur.

21.4. Bevalling en kraambed thuis

21.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Als u thuis bevalt, hebt u recht op:

- de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) tot maximaal drie uur na de bevalling en gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie'. U kunt dit kader bij ons opvragen of vinden op onze internetsite;
- acht dagen kraamzorg, gerekend vanaf de dag van de bevalling. Om medische redenen kunnen hieraan nog twee extra dagen toegevoegd worden. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind. De verloskundige, de huisarts of de medisch-specialist stelt dit aantal uren in overleg en samenspraak met het kraambureau of kraamcentrum vast. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

21.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg thuis als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die verloskundigen en kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U dient voor de 20^e week of in vierde maand van uw zwangerschap contact op te nemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- Een verloskundige of verloskundig actieve huisarts verleent de verloskundige zorg.
- Een kraamverzorgende in dienst van een kraamcentrum die daarvoor alle diploma's heeft en die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol of een zelfstandig gediplomeerd kraamverzorgende die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

Plaats

U krijgt de kraamzorg bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats of in het kraamcentrum. Met uw 'tijdelijke verblijfplaats' bedoelen wij niet een instelling voor medisch-specialistische zorg.

21.4.3. Kosten die wij niet vergoeden

Voor kraamzorg thuis geldt een eigen bijdrage van € 3,80 per uur.

22. Revalidatie

22.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van revalidatie in de volgende vormen:

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

22.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van revalidatie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

U hebt revalidatie nodig om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

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

Deze revalidatie is hiervoor voor u de beste methode.

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een team van verschillende soorten deskundigen (multi-disciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch-specialist of revalidatie-arts.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

23. Orgaantransplantatie

23.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

23.1.1. Vergoeding voor u als verzekerde (ontvanger van een orgaan)

Wij vergoeden de transplantatie van de volgende weefsels en organen:

beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (als daarbij de eigen (zieke) lever verwijderd wordt), long, hart/long, nier en alveesklier (nier/pancreas).

Wij vergoeden de specialistisch geneeskundige zorg die te maken heeft met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en die te maken heeft met het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor.

Wij vergoeden ook het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het

Zorgverzekering Restitutie

transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de voorgenomen transplantatie.

23.1.2. Vergoeding voor de donor

Wij vergoeden voor de donor de zorg die te maken heeft met de opname van deze donor voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. Wij vergoeden deze zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden en tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt een andere termijn, namelijk maximaal 6 maanden.

Wij vergoeden het vervoer binnen Nederland dat de donor nodig heeft in verband met:

- de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg);
- de zorg tot 13 weken, of bij leverdonoren tot 6 maanden, na het einde van de opname die hiermee te maken heeft.

Wij vergoeden dit vervoer op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer of, als dat medisch noodzakelijk is, met de auto.

Woont de donor in het buitenland, dan vergoeden wij het vervoer van en naar Nederland als het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland. Ook de kosten die de donor heeft en die te maken hebben met de transplantatie vergoeden wij als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont.

Toelichting

"kosten die te maken hebben met de transplantatie en met het feit dat de donor in het buitenland woont"

Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel misgelopen inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

23.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U en de donor hebben recht op vergoeding in verband met transplantatie als u (verzekerde) voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de algemeen geldende medische opvattingen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie.

De zorgverlener moet ook verbonden aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

23.3. Zorg en kosten die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

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

- c. transplantaties van andere organen en weefsels dan genoemd in 23.1.1.

24. Dialyse zonder opname

24.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de:

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

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

- vergoeding van het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, vergoeding van regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
- vergoeding van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- vergoeding van woningaanpassingen en het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk vinden en er daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk vinden en daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- vergoeding van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- vergoeding van psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen.

24.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) in een dialysecentrum, op het praktijkadres van de nefroloog of bij u thuis als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

Plaats

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

25. Mechanische beademing

25.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

25.1.1. Beademing in een beademingscentrum

Als de beademing plaatsvindt in een beademingscentrum vergoeden wij:

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

25.1.2. Beademing bij u thuis

Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt vergoeden wij:

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

25.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van mechanische beademing als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een medisch-specialist

Zorgverlener

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

Plaats

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

25.3. Zorg die wij niet vergoeden

De verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 25.1.2. vergoeden wij niet. Op deze zorg hebt u recht op grond van de A.W.B.Z.

26. Onderzoek naar kanker bij kinderen

26.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de centrale (referentie-)diagnostiek (het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

26.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van onderzoek naar kanker bij kinderen als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener/leverancier

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) verleent de zorg.

Plaats

Niet vereist.

27. Trombosedienst

27.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de volgende zorg door de trombosedienst:

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

27.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van zorg door de trombosedienst als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een verpleeghuisarts, uw behandelend medisch-specialist of een trombose-arts die verbonden is aan een erkende trombosedienst.

Zorgverlener/leverancier

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Plaats

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

28. Erfelijkheidsonderzoek en –advisering

28.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de centrale (referentie-)diagnostiek(het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat:

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

28.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van erfelijkheidsonderzoek en –advisering als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

U bent verwezen door een arts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen en die is verbonden aan een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum verleent de zorg.

Plaats

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

29. Audiologische zorg

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

29.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

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

29.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van audiologische zorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

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

Plaats

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

30. Fysiotherapie en oefentherapie

Hiermee worden bedoeld fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen. Hieronder vallen ook bijvoorbeeld manuele therapie, bekkentherapie, kinderoefentherapie en oedeemtherapie (manuele lymfdrainage).

30.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

30.1.1. Zorg die we vergoeden voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die staat op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie". In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximum periode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

30.1.2. Zorg die we vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar

- a. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen voor een bepaalde maximumperiode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

- b. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij ook fysiotherapie en oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. Wij vergoeden per aandoening negen behandelingen per jaar. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, vergoeden wij maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

30.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie als u voldoet aan de volgende voorwaarden. Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U hoeft geen voorafgaande akkoordverklaring aan ons te vragen indien u zich wendt tot een gecontracteerde behandelaar fysiotherapeut of oefentherapeut. De therapeut beoordeelt namens ons of u aanspraak heeft op vergoeding doordat uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie". Als u eraan twijfelt of uw aandoening op deze lijst voorkomt, raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverzekering Restitutie

Zorgverlener

- een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- een manueel therapeut verleent de manuele therapie;
- een bekkentherapeut verleent de bekkentherapie;
- een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- een geriatrische fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- een oedeem- of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie;
- een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie;
- een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener, bij u thuis of op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze fysiotherapie of oefentherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname.

30.3. Zorg die wij niet vergoeden

30.3.1. Zorg die wij niet vergoeden voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie niet voor aandoeningen die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staan.

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie niet als er in de lijst bij uw aandoening een bepaalde maximumtermijn staat aangegeven en deze termijn voorbij is.

De eerste negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoeden wij niet.

Toelichting

U hebt last van bekkeninstabiliteit na een zwangerschap. Dit heet "postpartum bekkeninstabiliteit". Dit is een aandoening die op de lijst van het ministerie van VWS staat. In deze lijst "Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering" staat ook dat wij bij deze aandoening maximaal drie maanden fysiotherapie of oefentherapie vergoeden.

De eerste negen behandelingen in deze drie maanden moet u zelf betalen. De volgende behandelingen vergoeden wij tot de periode van drie maanden voorbij is. Als u voor uw aandoening vier maanden behandeld wordt, hebt u op grond van uw zorgverzekering geen recht meer op vergoeding van de behandelingen in de vierde maand. Als u een aanvullende verzekering hebt afgesloten, kunnen de behandelingen in de vierde maand daaruit vergoed worden, als uw aanvullende verzekering een dekking heeft voor fysiotherapie en u aan de voorwaarden die ervoor gelden, voldoet.

30.3.2. Zorg die we niet vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie bij een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat niet als er in de lijst hiervoor een maximale termijn staat en deze termijn voorbij is.

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie bij een aandoening die niet op de lijst staat niet na het totaal van 18 behandelingen.

31. Ergotherapie

31.1. Kosten van zorg die wij vergoeden:

U hebt voor maximaal tien behandeluren per jaar recht op vergoeding van de advisering, instructie, training of behandeling zoals door een ergotherapeut normaal gesproken wordt verleend .

31.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van ergotherapie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgverzekering Restitutie

Algemeen

- De behandeling heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.
- Het gaat om zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze ergotherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

32. Logopedie

32.1. Kosten van zorg die wij vergoeden:

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist.

32.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van logopedie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- De behandeling heeft een geneeskundig doel. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als gevolg heeft.
- Het gaat om zorg die logopedisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend logopedist, bij u thuis of op de afdeling logopedie van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze logopedie leveren zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

32.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden de behandeling met een onderwijskundig doel niet. Ook behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid vergoeden wij niet. Voor de voorwaarden die gelden voor dyslexiezorg kunt u in artikel 43. kijken.

33. Dieetadvies

33.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten voor maximaal vier behandelingen per jaar.

33.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van dieetadvies als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvies.
- Het gaat om zorg die diëtisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist, bij u thuis of op de afdeling Dieetadvies van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze dieetadvies leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

34. Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden

34.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden van alle leeftijden.

Het gaat om mondzorg die noodzakelijk is omdat:

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

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

Wij vergoeden ook het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden. Vergoeding is ook mogelijk als u een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Wij vergoeden alleen orthodontische zorg als u last hebt van een zeer ernstige ontwikkelings- of

Zorgverzekering Restitutie

groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

34.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt op alle leeftijden recht op vergoeding van mondzorg in bijzondere gevallen als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om zorg die tandartsen die normaal gesproken verlenen.
- Als bij een gecombineerde behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts/prothetist dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

Plaats

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

34.3. Zorg die wij niet vergoeden

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese op de ernstig geslonken tandeloze kaak als u een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Gaat het om:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- het trekken van tanden of kiezen (extractie);

Zorgverzekering Restitutie

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- het in de oorspronkelijke staat brengen van gebitselementen met plastische materialen;
- niet-volledige uitneembare gebitsprothesen,

bij:

- een verzekerde van 22 jaar en ouder die een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft en het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad;
- een extreem angstige verzekerde die een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad,

dan moet u zelf het tarief betalen wat de zorgverlener maximaal in rekening mag brengen als het niet om mondzorg in een bijzonder geval gaat. Wij vergoeden aan u een bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen het in rekening te brengen tarief voor de mondzorg in een bijzonder geval en het bedrag dat daarvoor in rekening gebracht mag worden door de zorgverlener als het niet om een bijzonder geval zou gaan.

35. Mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Naast de zorg in artikel 34. vergoeden wij voor verzekerden jonger dan 22 jaar ook mondzorg in bepaalde andere gevallen.

35.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 22 jaar naast de gevallen van artikel 34. ook:

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

35.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van mondzorg als u jonger bent dan 22 jaar en voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverzekering Restitutie

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

Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen deze toestemming intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

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

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

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

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

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

Zorg van artikel 35.1 onderdelen a t/m f en i kan ook door een mondhygiënist worden verleend als wij met die mondhygiënist een contract hebben gesloten.

Plaats

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

35.3 Zorg die wij niet vergoeden

Het plaatsen van tandheelkundige implantaten bij chirurgische tandheelkundige hulp vergoeden wij niet. Wij vergoeden ook röntgenonderzoek in verband met orthodontie niet.

36. Mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Naast de zorg in artikel 34. vergoeden wij voor verzekerden van 22 jaar en ouder ook in de volgende gevallen mondzorg:

- specialistische chirurgische mondzorg en het röntgenonderzoek wat daar bij hoort. De voorwaarden hiervoor leest u in artikel 36.1.;
- uitneembare volledige gebitsprothesen voor de boven- en of onderkaak. De voorwaarden hiervoor leest u in artikel 36.2.

36.1. Specialistisch chirurgische mondzorg en röntgenonderzoek

36.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden specialistische chirurgische mondzorg en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort. U

Zorgverzekering Restitutie

hebt ook recht op vergoeding van een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Wij vergoeden hierbij ook de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

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

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

Toelichting

- a. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- b. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.*
- c. *Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:
De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.)*

36.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van mondzorg als u 22 jaar of ouder bent en voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie normaal gesproken verlenen.

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

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

Verwijzing

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

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie verleent de zorg. Deze zorgverlener kan verbonden zijn aan een centrum voor mondzorg.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de praktijk van de medisch-specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, in een centrum voor mondzorg of instelling voor medisch-specialistische

Zorgverzekering Restitutie

zorg of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft).

- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

36.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Parodontale chirurgie (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees) en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat vergoeden wij niet.

36.2. Volledige gebitsprothese

36.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden 75% van de kosten van het maken en plaatsen van een uitneembare volledige tijdelijke gebitsprothese (immediaatprothese), een uitneembare volledige vervangingsprothese of een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak.

Wij vergoeden 100% van de kosten van de reparatie en het rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Als een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde de volledige prothese maakt en plaatst, vergoeden wij het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit is vastgesteld en niet het UPT tarief (Uniforme Particuliere Tarieven).

36.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een uitneembare volledige gebitsprothese als u 22 jaar of ouder bent en voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om zorg die tandartsen die normaal gesproken verlenen.
- Een tandarts of tandprotheticus moet de kosten declareren.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 500,- per kaak bedragen;
- de gebitsprothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen (dit geldt niet voor de tijdelijke prothese (immediaatprothese));
- de gebitsprothese gemaakt en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of een tandprotheticus verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of in een praktijk van een tandprotheticus.

36.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet meer dan het bedrag waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.

37. Geneesmiddelen en dieetpreparaten

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene informatie (artikel 37.1.);
- Geregistreeerde geneesmiddelen (artikel 37.2.):
We hebben het in dit artikel over de aanwijzing van geregistreeerde (voorkeurs)geneesmiddelen, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de eigen bijdrage die u in sommige gevallen moet betalen. Ook leggen we aan u uit welke geregistreeerde geneesmiddelen wij vergoeden;
- Geneesmiddelen die niet geregistreerd zijn (artikel 37.3.);
- Dieetpreparaten (artikel 37.4.).

37.1. Algemene informatie

37.1.1. Afspraken met apotheken en leveranciers

Voor geneesmiddelen en dieetpreparaten hebben we met heel veel apotheken, apotheekhoudende huisartsen en leveranciers van dieetpreparaten een overeenkomst gesloten. Hierin hebben we afspraken gemaakt over kwaliteit, veiligheid, garantie en service. U bent niet verplicht uw geneesmiddelen en dieetpreparaten bij deze apotheken en leveranciers te halen. Wij hebben dit liever wel. Apotheken en leveranciers waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten, sturen de rekeningen direct naar ons. U hebt dan geen last van overbodige nota's.

Wij hebben een lijst gemaakt van alle zorgverleners, apotheken en leveranciers met wie wij een contract hebben gesloten. U kunt deze opzoeken op onze internetsite of bij ons opvragen.

37.1.2. Periodes per recept

37.1.2.1. Maximale leveringsperiode per recept

Wij vergoeden de levering van geneesmiddelen per voorschrift/recept voor maximaal een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per geneesmiddel anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift/recept gelden, zijn:

- vijftien dagen: bij een geneesmiddel dat nieuw voor u is;
- vijftien dagen: bij een geneesmiddel tegen acute aandoeningen met antibiotica en chemotherapie;
- drie maanden: bij geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte en bij insuline voor de behandeling van suikerziekte (diabetes);
- dertig dagen: bij geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica) en slaapmiddelen (hypnotica);
- twaalf maanden: voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen)
- één maand: in andere gevallen.

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt, geldt de periode van de groep waarbij de kortste periode staat aangegeven.

37.1.2.2. Geen herhaalrecept nodig

Voor bepaalde geneesmiddelen geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar één keer voorgeschreven te krijgen. U hoeft dan niet steeds bij uw arts om een nieuw recept te vragen, maar kunt rechtstreeks contact opnemen met uw apotheek. Wij vergoeden per jaar niet meer dan voor het gebruik gedurende 12 maanden noodzakelijk is. Het gaat om de volgende geneesmiddelen:

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

Dit geldt niet als het recept verandert. Er is dan wel een nieuw recept nodig.

37.2. Geregistreerde geneesmiddelen

Wij maken hierbij een onderverdeling in:

- aangewezen geneesmiddelen en door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen(37.2.2);
- geneesmiddelen die wij niet hebben aangewezen (37.2.2);
- zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik (37.2.3).

We geven eerst in artikel 37.2.1. algemene informatie over het GVS, het aanwijzen van (voorkeurs)geneesmiddelen en de eigen bijdrage die u in sommige gevallen moet betalen.

37.2.1 Algemene informatie over het aanwijzen van (voorkeurs)geneesmiddelen

37.2.1.1. Algemeen

De Minister van VWS heeft een lijst opgesteld met geneesmiddelen die vergoed kunnen worden. Het zijn allemaal zogenaamde 'geregistreerde geneesmiddelen'. Deze lijst met geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling Zorgverzekering.

Wij vergoeden in het algemeen alle geneesmiddelen die op deze lijst van de Minister staan. Wij hebben deze geneesmiddelen namelijk allemaal aangewezen, behalve als we voor dit geneesmiddel een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen (kijk hiervoor in de volgende alinea). Voor het vaststellen van de vergoeding van deze aangewezen middelen geldt het "geneesmiddelenvergoedingssysteem" (GVS) van de Minister. Er kan volgens het GVS een eigen bijdrage van toepassing zijn. U kunt over het GVS in artikel 37.2.1.3. meer lezen.

Verzekeraars kunnen binnen een groep van geneesmiddelen die op de lijst van de Minister voorkomen en eenzelfde werkzame stof, toedieningsweg en indicatiegebied hebben, een specifiek middel aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. Er blijft minimaal één geneesmiddel met deze bepaalde werkzame stof en in de gewenste dosering beschikbaar voor u. Wij hebben ervoor gekozen om een aantal aangewezen geneesmiddelen aan te wijzen als voorkeursgeneesmiddel. Het gaat om geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, maar met een verschillende prijs. De voorkeursgeneesmiddelen die wij hebben aangewezen staan op de "Lijst van door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen" die bij deze polisvoorwaarden hoort. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Toelichting

Merknaam of werkzame stof

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar geen andere werking. De huisartsen hebben met de Minister afgesproken dat zij zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept zetten, in plaats van de merknaam van het geneesmiddel. De apotheker kiest vervolgens welk merk geneesmiddel met diezelfde stof u krijgt. Soms heeft de arts of apotheker geen keus. De samenstelling, de toedieningsweg of de dosering is dan zo bijzonder, dat maar één bepaald geneesmiddel geschikt is.

Als wij voor een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen, vergoeden wij alleen dit door ons aangewezen (goedkopere) voorkeursgeneesmiddel. Vaak is dit een merkloos medicijn. Andere geneesmiddelen uit de lijst van de Minister met dezelfde werkzame stof, dezelfde toedieningsweg en dezelfde sterkte als een door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddel vergoeden wij normaal gesproken niet. Het kan voorkomen dat de zorgverlener die het geneesmiddel voorschrijft het medisch niet verantwoord vindt dat u ons voorkeursgeneesmiddel gebruikt. Dit geeft de zorgverlener dan aan op het recept. In dat geval vergoeden wij wel een ander geneesmiddel dan het door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddel.

Tip

De naam van de werkzame stof van een geneesmiddel is in alle landen hetzelfde. Zo weten artsen en apothekers overal ter

Zorgverzekering Restitutie

wereld welk geneesmiddel u gebruikt. De naam van die stof is altijd terug te vinden op de bijsluiter of de verpakking. Ook de sterkte van het geneesmiddel en de manier waarop dit toegediend moet worden staat hierop. Vraag uw apotheek om een gratis geneesmiddelenpaspoort. Daarop staan de namen van de geneesmiddelen die u gebruikt duidelijk bij elkaar. Dit kan handig zijn als u naar een arts of naar het buitenland gaat.

37.2.1.2. Geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden

De lijst met geneesmiddelen die de minister heeft vastgesteld, is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering. In bijlage 2 van deze regeling heeft de Minister voor een paar van deze geneesmiddelen extra voorwaarden opgenomen. Voor een aantal geneesmiddelen uit bijlage 2 willen wij vooraf bekijken of u aan de voorwaarden van bijlage 2 voldoet. Als dat het geval is, dan hebt u recht op het geneesmiddel. In artikel 37.2.2.2. kunt u hier meer over lezen.

37.2.1.3. Uw eigen bijdrage

Het GVS van de Minister is zo opgesteld, dat voor elke verzekerde een breed en kwalitatief goed geneesmiddelenpakket beschikbaar is zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. Er zijn in het GVS onderling vervangbare en onderling niet-vervangbare geneesmiddelen:

- Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die:
 - een vergelijkbare werking hebben en op eenzelfde manier worden toegediend of;
 - bij een zelfde soort indicatie worden ingezet en in het algemeen voor eenzelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

De onderling vervangbare geneesmiddelen zijn in groepen opgenomen in de lijst van de Minister. Voor elke groep geneesmiddelen heeft de Minister een prijsplafond vastgesteld. Dat is de prijs die wij u vergoeden. Is het middel dat u krijgt uit die groep geneesmiddelen duurder, dan betaalt u de meerprijs zelf als eigen bijdrage. U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek een geneesmiddel, waar een eigen bijdrage voor geldt, verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt geneesmiddel).

- Niet onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen met verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt ingezet. Deze geneesmiddelen vergoeden wij helemaal.

37.2.2. Aangewezen geneesmiddelen en aangewezen voorkeursgeneesmiddelen

37.2.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen die door ons zijn aangewezen.

Niet onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij helemaal. Onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij tot de hoogte van de vergoeding die door de Minister is vastgesteld. U kunt hiervoor ook in artikel 37.2.1.3. kijken.

37.2.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

Wij vergoeden bepaalde geneesmiddelen die door ons zijn aangewezen als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Akkoordverklaring/zorgadvisering

Voor bepaalde geneesmiddelen moet u ons vooraf om een akkoordverklaring vragen. De procedure hiervoor is per groep geneesmiddelen anders. In de "Lijst van geneesmiddelen met toetsing vooraf" kunt u lezen voor welke geneesmiddelen toetsing vooraf moet plaatsvinden. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

37.2.2.3. Kosten die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- geregistreerde geneesmiddelen die de overheid niet heeft aangewezen in de Regeling zorgverzekering. Daaronder vallen ook homeopatische geneesmiddelen;
- fytotherapeutische en antroposofische farmaceutische producten;
- geneesmiddelen die u gebruikt bij een andere indicatie dan de overheid voor dat geneesmiddel heeft aangegeven in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering of wanneer hierbij niet aan alle voorwaarden die in bijlage 2 staan, is voldaan;
- vergoeding van de eventuele eigen bijdrage;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen en inentingën die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- zelfzorggeneesmiddelen. Wij vergoeden wel zelfzorgmiddelen als sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 37.2.4.;
- dieetpreparaten. Wij vergoeden dieetpreparaten wel als u aan de voorwaarden van artikel 37.4 voldoet;
- geneesmiddelen voor onderzoek;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 onder e van de Geneesmiddelenwet.

37.2.3. Niet door ons aangewezen (voorkeurs)geneesmiddelen

37.2.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Het kan voorkomen dat de zorgverlener die u het geneesmiddel voorschrijft, het medisch niet verantwoord vindt dat u een geneesmiddel gebruikt dat wij als (voorkeurs)geneesmiddel hebben aangewezen. In dat geval vergoeden wij een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof uit de lijst van de overheid.

37.2.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen die wij niet als geneesmiddel of voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen, maar die wel op de lijst van de overheid staan, als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. Hij vermeldt de medische noodzaak op het recept.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

37.2.3.3. Kosten van zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- geregistreerde geneesmiddelen die de Minister niet heeft aangewezen in de Regeling Zorgverzekering. Daaronder vallen ook homeopatische geneesmiddelen;
- fytotherapeutische en antroposofische farmaceutische producten;
- geneesmiddelen die u gebruikt bij een andere indicatie dan de Minister voor dat geneesmiddel heeft aangegeven in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering of wanneer hierbij niet aan alle voorwaarden die in bijlage 2 staan, is voldaan;
- vergoeding van de eventuele eigen bijdrage;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen en inenting(en) die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- zelfzorggeneesmiddelen. Wij vergoeden zelfzorgmiddelen wel als sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 37.2.4.;
- dieetpreparaten. Wij vergoeden dieetpreparaten wel als u aan de voorwaarden van artikel 37.4. voldoet;
- geneesmiddelen voor onderzoek;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 e van de Geneesmiddelenwet.

37.2.4. Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

37.2.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen die behoren tot de volgende vijf groepen:

- laxeermiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- kalktabletten;
- geneesmiddelen bij allergie;
- geneesmiddelen tegen diarree;
- geneesmiddelen om de maag leeg te maken.

Toelichting

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die u zonder recept bij de drogist of apotheek kunt kopen.

37.2.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

U moet het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden gebruiken ter behandeling van een chronische ziekte.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts. De apotheker vermeldt op de nota dat het gaat om een geneesmiddel voor chronisch gebruik.

37.2.4.3. Kosten van zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- geneesmiddelen voor zelfzorggebruik die niet behoren tot de vijf genoemde groepen;
- de eerste 15 dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

37.3. Niet geregistreerde geneesmiddelen

37.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen voor rationele farmacotherapie die niet geregistreerd zijn en niet door de Minister zijn aangewezen, maar op grond van de Geneesmiddelenwet wel in Nederland mogen worden geleverd.

37.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van niet geregistreerde geneesmiddelen die niet door de Minister zijn aangewezen als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om rationele farmacotherapie

Toelichting

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij in dit verband een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

- Het gaat om:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in zijn apotheek op kleine schaal zijn gemaakt en verstrekt (magistrale receptuur); of
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen die op verzoek van een arts volgens zijn specificaties in Nederland door een fabrikant zijn bereid en zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts; of
 - niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts naar Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Er moet binnen Nederland geen behandeling mogelijk zijn met een geregistreerd geneesmiddel of een magistrale receptuur waarbij sprake is van rationele farmacotherapie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

37.3.3. Kosten van zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- geneesmiddelen die veel lijken op een geregistreerd geneesmiddel dat wij niet aangewezen hebben. Wij vergoeden dit niet-aangewezen geregistreerd geneesmiddel namelijk ook niet;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in verband met een reis.

37.4. Dieetpreparaten

37.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

37.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van dieetpreparaten als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Er is sprake van:

- een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis;
- een ernstige voedselallergie (hieronder verstaan wij niet een intolerantie voor voeding of voedingsbestanddelen zoals lactose zonder dat sprake is van een ernstige voedselallergie);
- een ernstige stofwisselingsstoornis;
- een dreigende ernstige ondervoeding bij een chronisch obstructief longlijden;
- een dreigende ernstige ondervoeding bij een cystische fibrose, of;
- een dreigende ernstige ondervoeding bij een ernstig congenitaal (aangeboren) hartfalen waarbij een groeiachterstand dreigt.

Het gebruik van dieetpreparaten is daarbij een essentieel onderdeel van adequate zorg en gebruik van normale aangepaste voeding of dieetproducten is niet voldoende.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Voor parenterale voeding hoeft u niet vooraf bij ons om akkoordverklaring te vragen.
- Voor de andere dieetpreparaten geldt het volgende:
De voorschrijver kijkt namens ons op basis van het "landelijk formulier artsenverklaring" of u recht hebt op het dieetpreparaat. U hebt onze rechtstreekse akkoordverklaring dus niet nodig. U kunt ook aan ons om een akkoordverklaring vragen als u dat liever hebt. U moet hiervoor dan een verzoek om zorgadvisering bij ons indienen. Als de voorschrijver niet met het "landelijk formulier artsenverklaring" werkt, moet u ook rechtstreeks aan ons om een akkoordverklaring vragen. U moet hiervoor dan een verzoek om zorgadvisering bij ons indienen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist of een diëtist.

Plaats

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

38. Hulpmiddelenzorg

38.1. Hulpmiddelenzorg

Onder hulpmiddelenzorg verstaan wij het recht op vergoeding van aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van een hulpmiddel.

38.2. Reglement Hulpmiddelen

Wij hebben de hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Ook staan in dit Reglement:

- de nadere voorwaarden waar aan moet zijn voldaan om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- de hoogte van de eigen bijdrage of de maximum vergoeding;
- de hulpmiddelen die, in plaats van dat hiervoor vergoeding van kosten(restitutie) plaatsvindt, in bruikleen worden verstrekt ;

Zorgverzekering Restitutie

- wat de hoogte is van de vergoeding als u een bruikleenhulpmiddel toch koopt of huurt bij een leverancier waar wij geen overeenkomst mee hebben gesloten. Ook staat in het Reglement aangegeven hoe wij deze vergoeding berekenen.

Ons Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze zorgverzekering. U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

Toelichting

Er zijn heel veel hulpmiddelen. Deze kunnen niet allemaal vergoed worden. De overheid heeft daarom een aantal hulpmiddelen gekozen die voor vergoeding in aanmerking komen. Deze gekozen hulpmiddelen staan in de Regeling zorgverzekering. In de Regeling zorgverzekering staan ook de maximumbedragen die verzekeraars mogen vergoeden en de eigen bijdragen die gelden. De nadere voorwaarden die voor deze hulpmiddelen gelden, staan in het Reglement Hulpmiddelen.

38.3. Eigen bijdrage / maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit geldt. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen. Neemt u het hulpmiddel af van een leverancier met wie voor het betreffende hulpmiddel geen overeenkomst hebben gesloten dan houden wij de eigen bijdrage die u moet betalen in op de vergoeding die u van ons krijgt.

38.4. Uw verplichtingen

Verzorging van het hulpmiddel

U verzorgt het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt goed. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorzwaarden van de fabrikant en/of de leverancier.

Schade aan een hulpmiddel dat wij aan u in bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, kunnen wij bij u in rekening brengen.

Toelichting

"Toerekenbare onachtzaamheid"

Er is bijvoorbeeld sprake van toerekenbare onachtzaamheid als er sprake is van eigen schuld, of niet goed opletten aan uw kant.

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

Meewerken aan toetsing

Wij maken met leveranciers afspraken over onder meer doelmatigheid, rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpmiddelen. Toetsing hiervan vindt meestal achteraf plaats. U bent verplicht hieraan mee te werken, zodat wij of de leverancier kunnen toetsen op doelmatigheid en rechtmatigheid.

38.5. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de medische hulpmiddelen die genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Wij houden ons daarbij aan de maximum bedragen en eigen bijdragen die hierin genoemd zijn. De hulpmiddelen staan ook in ons Reglement Hulpmiddelen.

U hebt recht op vergoeding van een tweede exemplaar van een hulpmiddel als u hierop redelijkerwijs bent aangewezen. U moet hier zelf bij ons om vragen. Voor een tweede exemplaar gelden dezelfde voorwaarden/verplichtingen als voor het eerste exemplaar van dat hulpmiddel.

Als wij bij de hulpmiddelen in het Reglement Hulpmiddelen bepaalde maximaantallen en/of gebruikstermijnen noemen, dan kunnen wij hiervan in individuele gevallen afwijken. Voorwaarde is

Zorgverzekering Restitutie

dan dat u in redelijkheid naar inhoud en omvang op een ander aantal/andere gebruikstermijn bent aangewezen.

In de Regeling zorgverzekering zijn hulpmiddelen genoemd die zijn bedoeld om een ernstige visuele beperking te compenseren. U kunt ervoor kiezen deze hulpmiddelen via ons te krijgen, of hiervoor een persoonsgebonden budget (pgb) te nemen. Dit persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee u het hulpmiddel zelf kunt aanschaffen en onderhouden. In het Reglement Hulpmiddelen staat meer informatie over het pgb en de voorwaarden die hiervoor gelden

38.6. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van hulpmiddelenzorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Zorgadvies en akkoordverklaring aanvragen
In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of u vooraf akkoordverklaring moet vragen. De voorwaarden die wij aan deze akkoordverklaring stellen, staan ook in dit Reglement.
De zorgaanvraag moet schriftelijk door of namens u worden gedaan. U moet er zelf voor zorgen dat dit op tijd gebeurt. Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij voor het betreffende hulpmiddel een overeenkomst hebben gesloten, laten wij ook aan deze leverancier weten, dat wij een akkoordverklaring geven.
Voor bepaalde hulpmiddelen geldt het zorginhoudelijk criterium "bijzondere individuele zorgvragen". Als dat zo is, staat dat in Bijlage 3 van de Regeling Zorgverzekering. U kunt in dat geval een schriftelijk gemotiveerde aanvraag voor dit hulpmiddel indienen. Onze adviserend geneeskundige of onze technisch adviseur onderzoekt of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
- Aanpassen van beleid
Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De bepalingen in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Wij laten dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat u de aanvraag doet.

Verwijzing

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing nodig is en wie die verwijzing moet geven.

Voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een voorschrift nodig is en wie dat voorschrift moet geven.

Zorgverzekering Restitutie

Leverancier

- Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt, worden geleverd door een leverancier waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten.
- De leverancier levert het hulpmiddel gebruiksklaar af, tenzij de overheid in de Regeling zorgverzekering iets anders heeft aangegeven. "Gebruiksklaar" betekent in ieder geval inclusief de eerste aanschaf van batterijen en/of oplaadapparatuur en inclusief gebruikersinstructie.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd op het bedrijf van de leverancier, bij u thuis of op een andere passende plaats die u en de leverancier hebben afgesproken.

38.7. Zorg en kosten die wij niet vergoeden

- Kosten die boven de maximum vergoeding uitkomen en de eigen bijdragen vergoeden wij niet. De maximumbedragen staan in het Reglement Hulpmiddelen per hulpmiddel aangegeven
- De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel vergoeden wij niet. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering of het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven.

Hulpmiddelen waar u recht op kunt hebben uit de A.W.B.Z. vergoeden wij niet op grond van de zorgverzekering.

39. Ziekenvervoer

Wij maken een verschil tussen twee soorten ziekenvervoer:

- Ziekenvervoer per ambulance (artikel 39.1.);
- Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'Zittend ziekenvervoer' genoemd (artikel 39.2.).

39.1. Ziekenvervoer per ambulance

39.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance in Nederland over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer in per ambulance, auto of openbaar vervoer niet mogelijk, dan hebt u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, zoals een boot of helikopter, als u daarvoor vooraf van onze een akkoordverklaring hebt gehad.

39.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van ziekenvervoer per ambulance als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist, tenzij u verder reist dan 200 kilometer enkele reis, dan is hier aparte toestemming van ons voor nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het ziekenvervoer per ambulance is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is

Zorgverzekering Restitutie

van acuut ambulancevervoer, dus als spoed is vereist.

Zorgverlener/leverancier

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

Van:

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

Naar:

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

Of:

Van:

- Een instelling waar u verblijft en waarvan dit verblijf helemaal of voor een deel onder de dekking van de A.W.B.Z. valt;

Naar:

- een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de A.W.B.Z. vallen;
- een zorgverlener, leverancier of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de A.W.B.Z. vallen.

Of:

Van:

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

Naar:

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

39.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Ziekenvervoer per ambulance naar een A.W.B.Z.-instelling zoals een verpleeghuis of een psychiatrische instelling, waar u voor een dagdeel ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding krijgt, vergoeden wij niet. Die aanspraak valt, als het vervoer medisch noodzakelijk is, onder de A.W.B.Z. Dit staat in artikel 10 BZA (Besluit zorgaanspraken A.W.B.Z.) aangegeven.

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

39.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

- a. Wij vergoeden het zittend ziekenvervoer per eigen auto, huurauto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer in deze vervoermiddelen of een ambulance niet mogelijk, dan vergoeden wij het ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, zoals een boot of helikopter, als u daarvoor vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- b. Wij vergoeden bij het zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer of een taxi ook de kosten van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van twee begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.
- c. Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,28 per kilometer. Wij gaan daarbij uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.

39.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van zittend ziekenvervoer als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

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

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer vergoed krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening. Wij bepalen dan aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd.

Toelichting

"hardheidsclausule"

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

Aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per maand x afstand in kilometers x een wegingsfactor. Die wegingsfactor bedraagt 0,25. Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. Als afstand gaan wij uit van de snelste route enkele reis volgens de ANWB-routeplanner.

Bijvoorbeeld: 5 (aantal maanden behandeling) x 8 (aantal behandelingen per maand) x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 260. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

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

Meer informatie vindt u ook op onze internetsite.

De begeleiding bij zittend ziekenvervoer wordt ook vergoed als die noodzakelijk is of de verzekerde die wordt begeleid, jonger dan 16 jaar is.

Zorgverzekering Restitutie

Toelichting:

Begeleiding bij ziekenvervoer per taxi:

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat u recht hebt op zittend ziekenvervoer dat veilig, van deur tot deur, zo snel mogelijk en op tijd gebeurt. Uw vervoerder is hier verantwoordelijk voor. Deze verantwoordelijkheid stopt echter bij de deur of de algemene ontvangstruimte van de instelling waar u naartoe wordt vervoerd. Dit betekent dat een vervoerder niet verantwoordelijk is voor het brengen van de persoon die vervoerd wordt naar de afdeling of kamer binnen de instelling. Als uw kind bijvoorbeeld voor een behandeling naar het ziekenhuis of een andere instelling moet, zorg dan zelf voor begeleiding zodat uw kind veilig op de plaats van bestemming aankomt. Ook is een vervoerder niet verantwoordelijk voor het lichamelijke of geestelijke welzijn van de persoon die vervoerd wordt. Is uw gezondheidstoestand van dien aard dat u niet alleen kunt reizen, zorg dan dat er een begeleider met u meereist.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het zittend ziekenvervoer is voorgeschreven door een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn en de juiste vergunning hebben.

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij "plaats" in bij artikel 39.1.2. Geldt voor u situatie a. of b. hierboven onder "Algemeen", dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

39.2.3. Zorg en kosten die wij niet vergoeden

- a. U hebt een eigen bijdrage van € 89,- per persoon per jaar voor zittend ziekenvervoer.
- b. Ziekenvervoer naar een A.W.B.Z.-instelling zoals een verpleeghuis of een psychiatrische instelling, waar u voor een dagdeel ondersteunende begeleiding krijgt, vergoeden wij niet. Die aanspraak valt, als het vervoer medisch noodzakelijk is, onder de A.W.B.Z. Dit staat in artikel 10 BZA (Besluit zorgaanspraken A.W.B.Z.) aangegeven.
- c. U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering.

40. Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

Dit artikel beschrijft de voorwaarden voor eerstelijns psychologische zorg, de niet-specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De specialistische GGZ beschrijven wij in artikel 41.

40.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden maximaal acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar. Een dubbelconsult of dubbelzitting telt als twee consulten / zittingen.

In plaats van voor vergoeding door ons kunt u kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Meer informatie hierover leest u in artikel 42.

Zorgverzekering Restitutie

Toelichting

Een persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee u de zorg zelf kunt inkopen. In artikel 42 staat meer informatie over het pgb en de voorwaarden die hiervoor gelden.

40.2. Voorwaarden voor vergoeding

U hebt recht op vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen, als u een persoonsgebonden budget (pgb) aanvraagt. In andere gevallen is dat niet nodig.

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een gezondheidszorgpsycholoog.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg.

Plaats

De zorg wordt verleend in de praktijk van de gezondheidszorgpsycholoog, in de eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg waar u behandeld wordt, of bij u thuis. Wordt u thuis behandeld, dan moet hiervoor een reden (indicatie) zijn.

40.3. Kosten die wij niet vergoeden

U hebt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting. Deze betalen wij dus niet voor u.

41. Specialistische GGZ

In dit artikel staan de voorwaarden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ). Daaronder verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen. In dit artikel staan niet de voorwaarden voor eerstelijnspsychologische zorg. Deze staan in artikel 40.

Wij maken een verschil tussen:

- specialistische GGZ met opname (artikel 41.1.)
- specialistische GGZ zonder opname (artikel 41.2.)

41.1. Specialistische GGZ met opname

41.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) maximaal 365 dagen. Wij vergoeden:

- de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;

Zorgverzekering Restitutie

- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvies), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de A.W.B.Z. nog recht hebben op deze zorg.

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

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

Toelichting

- Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf de terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken en vervolgens wordt uw opname voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.*
- Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, dan geldt het volgende:
De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.*

41.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van specialistische GGZ met opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener

Een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg, inclusief het verblijf.

Plaats

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

41.2. Specialistische GGZ zonder opname

41.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

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

In plaats van voor een vergoeding kunt u kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Meer hierover leest u in artikel 42.

Toelichting

Een persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee u de zorg zelf kunt inkopen. In artikel 42. staat meer informatie over het pgb GGZ en de voorwaarden die hiervoor gelden.

41.2.2. Voorwaarden voor vergoeding

De voorwaarden om de zorg vergoed te krijgen zijn verschillend voor:

- psychotherapie, waaronder psychoanalytische behandeling (artikel 41.2.2.1.) en
- andere specialistische GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet psychoanalytische behandeling die onder psychotherapie valt)(artikel 41.2.2.2.).

Hierna worden per categorie de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om de zorg vergoed te krijgen.

41.2.2.1. Psychotherapie, waaronder psycho-analytische behandeling

U hebt recht op vergoeding van psychotherapie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen, als u voor deze zorg een pgb aanvraagt of sprake is van een psychoanalytische behandeling, niet zijnde psychotherapie.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, psychiater, zenuwarts, een andere medisch-specialist, Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg of een bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan niet verwijzen als sprake is van psychoanalytische behandeling.

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Zorgverlener/leverancier

Een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de psychotherapie.

Plaats

De psychotherapie, waaronder ook psychoanalytische behandeling, vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen, Psychotherapie voor zover het niet om een psychoanalytische behandeling gaat, kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de

Zorgverzekering Restitutie

zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

41.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname (het gaat dan niet om psychotherapie inclusief psychoanalytische behandeling)

U hebt recht op vergoeding van andere specialistische GGZ zonder opname (het gaat dan niet om psychotherapie waaronder psychoanalytische behandeling) als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen, als u voor deze zorg een pgb aanvraagt.

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener/leverancier

Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de zorg.

Plaats

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

42. Persoonsgebonden budget (pgb) GGZ

Toelichting

Voor bepaalde behandelingen binnen de GGZ kunt u in plaats van voor vergoeding van de zorg door ons ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Dit betekent dat u van ons een geldbedrag krijgt waarmee u zelf de zorg inkoop.

42.1. Zorg waarvoor u een pgb kunt aanvragen

U kunt een pgb GGZ aanvragen voor:

- eerstelijns psychologische zorg (artikel 40.);
- specialistische GGZ zonder opname (artikel 41.2.)

42.2. Voorwaarden om voor een pgb GGZ in aanmerking te komen

De voorwaarden waaraan u moet voldoen om recht te hebben op het pgb, staan in dit artikel en in het artikel dat gaat over de zorg waar u het pgb voor aanvraagt. U hebt recht op een pgb als u aannemelijk maakt dat u de zorg waarvoor u het pgb aanvraagt nodig hebt.

42.3. Uw plichten bij een pgb GGZ

U bent verplicht:

- kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen. U moet de zorg inkopen bij een zorgverlener of instelling die de zorg waarvoor u het pgb hebt aangevraagd, mag verlenen;
- een schriftelijke overeenkomst te sluiten met de zorgverlener;

Zorgverzekering Restitutie

- ervoor te zorgen dat de door of namens de zorgverlener ondertekende declaratie duidelijk omschreven is. Op de declaratie moet het volgende zijn aangegeven:
 - het soort behandeling;
 - de datum van de behandeling;
 - de duur van de behandeling;
 - het gedeclareerde bedrag;
 - het uurtarief;
 - het BSN-nummer (dat was eerst het sofinummer), de naam en het adres van de zorgverlener.
- de schriftelijke overeenkomsten met de zorgverlener en de declaraties van de zorgverlener vijf jaar te bewaren en aan ons te geven als wij daarnaar vragen;
- aan ons binnen vier weken na het einde van een periode waarvoor u een gedeelte van het pgb hebt gekregen aan te geven aan welke zorgverlener u welke bedragen betaald hebt. Dit heet "verantwoording".
- ons bij de verantwoording van de periode waarvoor u het laatste gedeelte van het pgb betaald hebt gekregen een overzicht met de namen, adressen en BSN-nummers van de ingeschakelde zorgverleners te geven.

42.4. Hoogte van het pgb

U krijgt als pgb een bedrag dat gelijk is aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid voor die vorm van zorg of dienst passend zijn. Als u een eigen bijdrage moet betalen voor de zorg waarvoor u het pgb aanvraagt, trekken wij deze van het pgb af. U krijgt het pgb in gedeeltes door ons betaald. Wij betalen het eerste gedeelte zodra duidelijk is dat u recht hebt op het pgb en u voldoet aan de voorwaarden die wij stellen.

In plaats van een geldbedrag mogen wij u ook waardebonnen geven, die u kunt gebruiken om de zorg mee te betalen.

43. Dyslexiezorg

43.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de behandeling van ernstige dyslexie. Dit bestaat uit het vaststellen van de aandoening en de behandeling hiervan voor kinderen vanaf zeven jaar.

43.2. Voorwaarden voor vergoeding

Algemeen

- Het gaat om zorg voor kinderen die:
 - op of na 1 januari 2001 geboren zijn, en
 - basisonderwijs volgen, en
 - bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd begint.
- Het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen;
- Het vaststellen van de oorzaak (diagnose) wordt uitgevoerd met meetinstrumenten die voldoen aan de eisen voor psychodiagnostische tests (COTAN: Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP);
- Behandeling vindt plaats in een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair), waarbij de hieronder genoemde zorgverlener onder het kopje "zorgverlener" eindverantwoordelijk is volgens een behandelplan en evaluatie achteraf;
- Het gaat om zorg die gezondheidszorgpsychologen met een aanvullende specialisatie dyslexie normaal gesproken in verband met ernstige dyslexie verlenen.

Zorgverzekering Restitutie

- Het gaat om zorg die plaatsvindt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

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

Zorgverlener

Psychologen en orthopedagogen die zijn geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).

Plaats

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

Bezoekadressen

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

J. Westerdijkplein 1, 2521 EN Den Haag

Postadressen

Algemeen adres:

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Adres voor het insturen van uw nota's:

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 370, 5000 AJ Tilburg

Adres voor het insturen van klachten:

Delta Lloyd klachten zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen (hieronder valt ook de Ombudsman Zorgverzekeringen),
Postbus 291, 3700 AG Zeist

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320, 1110 AH Diemen

Telefoonnummers

Algemeen telefoonnummer

(070) 310 08 88

Klantenservice Zorg: (070) 310 08 88

Kraamzorgservice: (013) 593 82 25

Delta Lloyd Hulpdienst

(voor problemen in het buitenland):

+ 31-20-594 80 70

Hulpmiddelenlijn: (013) 593 82 25

Wachlijstbemiddeling: (013) 593 82 25

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen: (030) 698 83 60

Internet en e-mail adressen

Internetadres:

www.deltalloyd.nl. Via deze website kunt u ook een e-mail sturen

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekering: www.skgz.nl

Rechtspersoon en inschrijving KvK Zorgverzekeringen:

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.

KvK 27118912

Deze N.V. behoort tot de CZ Groep in Tilburg

