Polisvoorwaarden 2024
Basisverzekering
Natura Select

VRIELING
zorgverzekering

T 0523 - 282722
zorgverzekering@vrieling.nl
www.vrielingzorgverzekering.nl

Welkom bij Vrieling

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw basisverzekering. Deze basisverzekering is een verzekering van EUCARE Insurance PCC Ltd. Vrieling Assuradeuren B.V. verzorgt namens EUCARE de uitvoering van deze verzekering. In deze voorwaarden staan uw en onze rechten en plichten. Voor de aanvullende verzekeringen bestaan aparte polisvoorwaarden. De voorwaarden van de aanvullende verzekeringen kunt u raadplegen via onze website www.vrieling.nl/polisvoorwaarden of kunt u bij ons opvragen.

In deze polisvoorwaarden verwijzen wij af en toe naar onze website voor meer informatie over een bepaald onderwerp. Mocht u niet over internet beschikken, dan kunt u ons bellen. Desgewenst sturen wij u de gevraagde informatie toe.

In de onderstaande tekstblokken vindt u uitleg over een aantal praktische zaken. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.vrielingzorgverzekering.nl. U vindt daar alle informatie over uw basisverzekering en aanvullende verzekeringen.

Vriendelijke groet,

Vrieling

Deze voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

I.	Algemeen gedeelte (algemene informatie over de basisverzekering, zoals de premie, het eigen risico en waar u zich aan moet houden)	pagina 5 - 20
II.	Zorgartikelen (op welke zorg u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn)	pagina 20 - 57
III.	Begripsomschrijvingen	pagina 58 - 60

Inhoudsopgave

		pag.
I	**Algemeen gedeelte**	**5**
Artikel 1	Verzekerde zorg	5
Artikel 2	Algemene bepalingen	9
Artikel 3	Premie	11
Artikel 4	Overige verplichtingen	14
Artikel 5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	14
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	14
Artikel 7	Verplicht eigen risico	16
Artikel 8	Vrijwillig eigen risico	17
Artikel 9	Buitenland	18
Artikel 10	Klachten en geschillen	19
Artikel 11	Wet langdurige zorg	20
II	**Zorgartikelen**	**20**
Geneeskundige zorg		**20**
Artikel 12	Huisartsenzorg	20
Artikel 13	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	22
Artikel 14	Zorgprogramma's (ketenzorg)	23
Artikel 15	Gecombineerde leefstijlinterventie	24
Artikel 16	Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	24
Artikel 17	Verloskundige zorg en kraamzorg	26
Artikel 18	Medisch specialistische zorg	28
Artikel 19	Revalidatie	30
Artikel 20	Erfelijkheidsonderzoek	32
Artikel 21	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	32
Artikel 22	Audiologische zorg	34
Artikel 23	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	34
Artikel 24	Transplantatie van weefsels en organen	35
Artikel 25	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	36
Artikel 26	Stoppen-met-rokenprogramma	37
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		**38**
Artikel 27	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	38
Paramedische zorg		**40**
Artikel 28	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	40
Artikel 29	Logopedie	43
Artikel 30	Ergotherapie	44
Artikel 31	Diëtetiek	45
Mondzorg		**46**
Artikel 32	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	46
Artikel 33	Bijzondere tandheelkunde	46
Artikel 34	Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	48
Artikel 35	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	49
Farmaceutische zorg		**50**
Artikel 36	Geneesmiddelen	50
Artikel 37	Dieetpreparaten	52
Hulpmiddelenzorg		**53**
Artikel 38	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	53
Verblijf in een instelling		**54**
Artikel 39	Verblijf	54
Ziekenvervoer		**55**
Artikel 40	Ambulancevervoer en ziekenvervoer	55
Zorgbemiddeling		**57**
Artikel 41	Zorgadvies en bemiddeling	57
III	**Begripsomschrijvingen**	**58**

VRI-24075 (V)

Belangrijke informatie en service

Heeft u vragen of wilt u iets aan ons doorgeven? We helpen u graag!

Contact
U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail of per post. Op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur kunt u contact opnemen met één van onze adviseurs. Het telefoonnummer is 0523 - 282722.

Nota's insturen
Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn Vrieling Zorgverzekering. U logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet u dit eerst eenmalig activeren. Ook kunt u via Mijn Vrieling Zorgverzekering gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier is te vinden op onze website.

Postadres
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Bezoekadres
Langewijk 47
7701 AB Dedemsvaart

Toestemming nodig?
Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande postadres ter attentie van Team Medical.

Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website.
Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Klachten
Wij proberen u, als klant van Vrieling, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag.
Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen in artikel 10 van de algemene voorwaarden.

Zoek een zorgverlener
Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'.
Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg.
In de zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. Onze zorgzoeker vindt u hier.

I Algemeen gedeelte

Deze polisvoorwaarden zijn onder voorbehoud van goedkeuring door de Nza. Uiterlijk 31 december 2023 is de definitieve versie van de polisvoorwaarden beschikbaar op onze website.

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De basisverzekering Natura Select is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

> Zorgadvies en bemiddeling
> Ons Team Medical adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met ons Team Medical. Ons Team Medical kunt u bereiken via onze website.

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

1.2 Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst heeft gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder.

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

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

1.4 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 70% van de gemiddelde tarieven en bij Medisch specialistische zorg tot maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden tarieven die door de overheid zijn vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De kosten worden dan vergoed tot maximaal 70% en bij Medisch specialistische zorg tot maximaal 75% van het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Kiest u voor een zorgaanbieder zonder overeenkomst maar belemmert de hoogte van de vergoeding (70%) u om zorg te krijgen? Dan kunt u bij ons aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. U kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement.
Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding kunnen geven. Of uw verzoek wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een (wettelijke) eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Huisartsenzorg
Gaat u voor huisartsenzorg, zoals vermeld in artikel 12 Huisartsenzorg of artikel 14 Zorgprogramma's (ketenzorg), naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 70% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Acute zorg
Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Cessieverbod
U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 16), GGZ (artikel 27 en 39), Farmaceutische zorg (artikel 36 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 38) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Voor medisch specialistische zorg hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

1.4.1 Selectieve contractering medisch specialistische zorg

Voor medisch specialistische zorg (artikel 18 Medisch specialistische zorg, artikel 19 Revalidatie, artikel 21 In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen, artikel 23 Plastische en/of reconstructieve chirurgie en artikel 39 Verblijf) kunt u bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht. Dit noemen wij selectieve contractering. Een overzicht van de door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de basisverzekering Natura Select? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel 1.4 en dit artikel niet. Het gaat om:

a. spoedeisende zorg;
b. verloskunde;
c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland.

De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 9 van het Algemene gedeelte.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen. Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis wij afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

1.5 Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie, herinnering of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:
- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- Uw naam, adres en geboortedatum;
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- Naam en adres van de zorgaanbieder;
- AGB code (bij Nederlandse zorgaanbieders).

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

Online declareren
U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar Mijn Vrieling Zorgverzekering. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6 Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. U kunt in dat geval contact opnemen met ons Team Medical. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:
- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Rechtstreekse betaling

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

1.8 Verrekening van kosten

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

1.9 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. De zorgartikelen staan vermeld in hoofdstuk II.

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

Een verwijzing, voorschrift of aanvraag voor toestemming moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven door de verwijzer. Op de verwijzing, het voorschrift of de aanvraag voor toestemming moeten in ieder geval de volgende gegevens vermeld staan:

- NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde;
- Naam, functie, AGB-code en handtekening van de verwijzer;
- Datum van afgifte;
- Reden van verwijzing, diagnose en eventuele overige relevante gegevens.

Een verwijzing of voorschrift is tot 1 jaar na afgifte geldig.

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

Eénmalige diagnose bij chronische aandoeningen
Hebt u een (blijvend) chronische aandoening, dan is een éénmalige verklaring als bewijs, waaruit deze diagnose blijkt, voldoende. Een actuele versie is dan niet nodig.

Toestemming
U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Op deze machtiging staat ook een geldigheidsperiode vermeld. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, of de zorg wordt geleverd buiten de geldigheidsperiode van de afgegeven machtiging, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/ of vraagt voor u toestemming bij ons aan.

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

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming hebt ontvangen. Voorwaarde is wel dat de toestemming nog geldig is.

1.10 Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering.

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

Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/ of de datum van levering van de zorg.

1.11 Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- Vergoeding van kosten omdat u hulpmiddelen, geneesmiddelen en / of dieetpreparaten niet afhaalt;
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

- Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- Vergoeding van zorg verleend door u zelf, uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend;
- Vergoeding van zorg op voorschrift van uzelf, uw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

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

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel.

Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.
Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

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

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

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

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

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

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

2.2 Werkgebied

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

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

2.3 Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM);
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Zorgstandaarden Diabetes mellitus, VRM, COPD, Obesitas en Astma;
- NHG-richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen;
- Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Lijst therapieën GGZ;
- Informatiedocument IVF buitenland.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze Servicedesk opvragen.

2.4 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Dat geldt zowel voor zorg verleend door gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):
- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

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

2.5 Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:
- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Statement van Aevitae. U vindt de gedragscode en de Privacy Statement op de website van Aevitae.

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de CIS, www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U leest er alles over op www.aevitae.com/privacy-statement.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders
Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Dit verzoek kunt u schriftelijk indienen en opsturen ter attentie van de Functionaris Gegevensbescherming van Aevitae. Wij zorgen er dan voor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6 Mededelingen

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

E-mail
Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7 Bedenkperiode

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

2.8 Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.9 Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1 Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.
De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

3.2 Collectieve overeenkomst

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

3.2.2 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 Wie betaalt premie?

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

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

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

3.4.1 De premievervaldatum is afhankelijk van de periode waarover de premie betaald wordt. Voor de eerste premieperiode gedurende een kalenderjaar is de premievervaldatum gelijk aan de ingangsdatum van de polis (meestal is dat 1 januari van het betreffende polisjaar). In geval van vervolgbetalingen voor maand-, kwartaal- of halfjaarbetalers is dit de eerste van de maand, het kwartaal of het half jaar waarover de premie gerekend wordt. Als u de premie per jaar betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2 U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).
b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal
c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Maakt u gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen? In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden geind.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om een papieren factuur te ontvangen, dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.

3.4.3 Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 2 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.5 Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6 Niet-tijdig betalen

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

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

3.6.2 Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

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

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

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

3.6.6 Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies

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

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

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

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

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

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

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

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

Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies informeren wij ook uw gemeente daarover. Gemeenten zijn verplicht deze signalen op te pakken en hulp aan te bieden.

3.6.7 Gevolgen van het niet betalen van 4 maandpremies

a Hebt u als verzekeringnemer een betalingsachterstand van 4 maandpremies, dan delen wij u mee dat wij u bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zullen aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, zoals opgenomen in artikel 3.6.8.

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

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

3.6.8 Gevolgen van het niet betalen van 6 maandpremies

Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, dan melden wij u aan bij het CAK. Na de aanmeldingsbevestiging van het CAK bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van minimaal 110% en maximaal 130% van de gemiddelde premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. Het CAK int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het CAK als:

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

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

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

d u met ons een betalingsregeling voor zowel de premieachterstand als een eventuele achterstand in de betaling van het eigen risico en/of eigen bijdrage bent overeengekomen.

Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het CAK.

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

a de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;

b de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;

c u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen, of wanneer wij met u een betalingsregeling zijn overeengekomen, waarbij de schuldenlast volledig wordt afbetaald, of;

d u voldoet aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment bent u verplicht de premie aan ons te betalen.

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

3.6.11 Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in? Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruitbetalen.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5 Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1 Wijziging voorwaarden

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

5.2 Opzeggingsrecht

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

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1 Begin en duur

6.1.1 De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.

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

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

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

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

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

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

6.2 Einde van rechtswege

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

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

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

6.3 Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2 Jaarlijks opzeggen

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

6.3.3 Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

> Opzegging bij 18e verjaardag
> Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

6.3.4 Opzegservice

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

6.3.5 Wanneer kunt u niet opzeggen?

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

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

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5 Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

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

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

6.6 Verzekering van onverzekerden

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

a u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;

b wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;

c u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7 Verplicht eigen risico

7.1 Hoogte verplicht eigen risico

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

7.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico niet?

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

- Huisartsenzorg zoals omschreven in artikel 12. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 12, Huisartsenzorg;
- Zorgprogramma's zoals omschreven in artikel 14, Zorgprogramma's (ketenzorg). Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek;
- Gecombineerde leefstijlinterventies zoals omschreven in artikel 15. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 16;

- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening en NIPT. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt wel het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 17.1, Verloskundige zorg en artikel 18, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 17.2, Kraamzorg;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 38, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Zorg aan de donor nadat de periode zoals genoemd in artikel 24, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken, voor zover de zorg verband houdt met een ziekenhuisopname;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 24, Transplantatie van weefsels en organen;
- Zorg door een door ons aangewezen zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder(s) vindt u op onze website;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3 Berekening hoogte verplicht eigen risico

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

> Voorbeeld
> De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2024 telt 366 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,56 en wordt afgerond op € 32.

7.4 Berekening verplicht eigen risico

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

Artikel 8 Vrijwillig eigen risico

8.1 Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van € 0 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico van € 500 per kalenderjaar, dan ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2 Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

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

8.3 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

> Voorbeeld
> U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2024 telt 366 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 500 x 30 gedeeld door 366 is € 40,98 en wordt afgerond op € 41. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,56 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 73 (€ 32 verplicht eigen risico en € 41 vrijwillig eigen risico).

8.3.2 Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
a ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
b de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
c de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4 Wijziging vrijwillig eigen risico
U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via de Mijn-omgeving doorgeven.

8.5 Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico
Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.4.

Artikel 9 Buitenland

9.1 Algemeen
Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:
- verzekerden die wonen in Nederland (zie artikel 9.4);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie artikel 9.5);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie artikel 9.6).

9.2 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland
Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, of als het zorg betreft waarvoor als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden ook toestemming is vereist, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. Dit kunt u aanvragen via het 'Aanvraagformulier medische behandeling buitenland' op onze website. U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.3 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste
Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.2) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9 van dit Algemene gedeelte).

9.4 U woont in Nederland en ontvangt zorg in het buitenland
Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

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

Let op!
Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment in Nederland is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Hiervoor moet wel vooraf toestemming zijn verleend door ons.

Europese gezondheidskaart (EHIC)
Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor medisch noodzakelijke zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Houdt u er rekening mee dat de EHIC altijd maar één kalenderjaar geldig is.

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

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

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

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

Artikel 10 Klachten en geschillen

10.1 Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Kwaliteitsverbetering

U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Kwaliteitsverbetering, Postbus 444, 7770 AK Hardenberg. Dit kan telefonisch via telefoonnummer 0523 - 282726 of per e-mail aan kwaliteitsverbetering@vrieling.nl.

Tips bij het indienen van een klacht

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

U ontvangt van ons binnen 10 werkdagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 20 werkdagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. In plaats van naar de SKGZ te gaan, kunt u uw klacht ook voorleggen aan de arbiter voor financiële diensten in Malta (Office of the Arbiter for Financial Services, 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta, telefoonnummer +356 8007 2366 of +356 21 249 245, e-mail complaint.info@financialarbiter.org.mt). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Kwaliteitsverbetering, Postbus 444, 7770 AK Hardenberg. Dit kan ook telefonisch via 0523 - 282726 of per e-mail aan kwaliteitsverbetering@vrieling.nl.

U ontvangt van ons binnen 10 werkdagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 20 werkdagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 11 Wet langdurige zorg (Wlz)

Naast uw zorgverzekering bent u op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) verzekerd voor bepaalde, langdurige, vormen van zorg. U wordt gedurende de looptijd van de zorgverzekering voor de uitvoering van de Wlz zijn ingeschreven bij de Wlz-uitvoerder die werkzaam is in uw regio. Indien u woonachtig bent in het buitenland, dan wordt u door ons ingeschreven voor de Wlz bij Zilveren Kruis Zorgkantoor NV. Eucare verricht namens u de inschrijving voor de Wlz, daarvoor zal Eucare uw BSN en geboortedatum aan de betreffende Wlz-uitvoerder ter beschikking stellen.

De feitelijke uitvoering van de Wlz vindt niet plaats door de Wlz-uitvoerder, maar door het 'zorgkantoor' van de regio waar u woont. Op www.zn.nl en vervolgens kiezen voor 'zorgkantoren' kunt u vinden welk zorgkantoor actief is in uw woonplaats.

II Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

Artikel 12 Huisartsenzorg

Omschrijving
U heeft recht op:

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

Stoppen met roken
Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:
- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Als u bij uw huisarts een stoppen-met-rokenprogramma volgt volgens de Zorgmodule Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022, zie dan artikel 26. Uw huisarts kan u hierover informeren.

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

Voetzorg bij een verhoogd risico op voetulcera, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, een kwetsbare huid of verhoogde druk op de huid door diabetes mellitus dan wel een andere aandoening of door een medische behandeling

Onder de genoemde voetzorg verstaan wij:

1. Jaarlijks voetonderzoek om te beoordelen of iemand met risicovoeten mogelijk wonden krijgt (Sims 1)
   U heeft hierop recht als er sprake is van verlies van de protectieve sensibiliteit (PS) of aanwijzingen voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) zonder tekenen van lokaal verhoogde druk. De prestatie omvat anamnese, voetonderzoek en risico-inventarisatie bij hoog risico op wond/amputatie.
2. Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten zonder lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden (Sims 2)
   U heeft hierop recht als er sprake is van verlies van de protectieve sensibiliteit (PS) in combinatie met aanwijzingen voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) zonder tekenen van lokaal verhoogde druk.
3. Preventieve voetzorg om hoog risicovoeten met lokaal verhoogde druk te beschermen tegen het krijgen van wonden (Sims 2)
   U heeft hierop recht als er sprake is van:
   - aanwijzingen voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk. Of;
   - van verlies van protectieve sensibiliteit (PS) in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk. Of;
   - van verlies van PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV en tekenen van lokaal verhoogde druk
4. Preventieve voetzorg om zeer hoog risicovoeten te beschermen tegen het (opnieuw) krijgen van wonden (Sims 3)
   U heeft hierop recht als er sprake is van:
   - voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis. Of;
   - inactieve Charcot-voet. Of;
   - eindstadium nierfalen (eGFR < 15ml/min) of nierdialyse.

Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden, voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Heeft u diabetes mellitus type 2 en ontvangt u hiervoor voetzorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 14? Dan heeft u geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein.

Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Bent u 21 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorragie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel 36;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- therapeutische injectie (Cyriax).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, zorgverleners binnen de praktijk en zorgverleners buiten de praktijk, voorzover bekwaam en bevoegd. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner (Somatiek of GGZ).

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

Voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag u naar:
- een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV) of Register voor Paramedische Voetzorg (RPV) van Stichting pedicure in de zorg (Stipezo), als deze samenwerkt met de podotherapeut.

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

Gaat u voor huisartsenzorg naar een huisarts waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 13 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Omschrijving

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

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

Specifieke patiëntgroepen
Heeft u bijvoorbeeld dementie, MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking? Dan heeft u specifieke zorg in uw eigen omgeving nodig. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten spelen hierbij een belangrijke rol. Deze zorgverleners zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren. Hierdoor is de zorg die u nodig heeft beter op elkaar afgestemd.

Zorg in een groep
Deze zorg maakt het mogelijk om specifieke, kwetsbare patiëntgroepen een integraal programma aan te bieden in een groep. Binnen deze zorgvorm staat het vaktherapeutisch klimaat voorop. Zorg in een groep kan door uw regiebehandelaar worden ingezet als onderdeel van het individuele behandelplan.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Wie mag de zorg verlenen

1. Voor zorg zoals vermeld onder 1: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.
2. Voor zorg zoals vermeld onder 2: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van het behandelplan, waarin ook de samenwerking met de verschillende zorgaanbieders is beschreven. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (AVG, gezondheidszorg-psycholoog, orthopedagoog generalist, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van
Huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) of medisch specialist.

Artikel 14 Zorgprogramma's (ketenzorg)

Omschrijving
U heeft recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):
1 Diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
2 Vasculair risicomanagement (VRM; dit is het managen van (risico's op) hart- en vaatziekten;
3 Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem)
4 Astma (als u 16 jaar of ouder bent).
Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes type 2, VRM, COPD of Astma. De zorgprogramma's worden bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. U vindt de zorgstandaarden op onze website.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek tellen wel mee voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen
Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorggroepen vindt u op onze website. U kunt ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep u hiervoor terecht kunt.

Gaat u voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het tarief dat is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Maakt u geen gebruik van een zorgprogramma of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van een zorgprogramma? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 12) en diëtetiek (artikel 31).

Bijzonderheden
Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (ketenzorg). Voor deze zorg, zie artikel 18, Medisch specialistische zorg.

Zorgprogramma's (ketenzorg)
Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen in een zorggroep zodat de zorg die u nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. Voor het zorgprogramma geldt een integraal tarief waarmee alle zorg binnen het programma wordt bekostigd. Daarom kunt u voor de zorg binnen het zorgprogramma alleen terecht bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de door ons gecontracteerde zorggroep.

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

Artikel 15 Gecombineerde leefstijlinterventies

Omschrijving
U heeft recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden.

U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen en de zorgstandaard Obesitas.

Een gecombineerde leefstijlinterventie wordt enkel vergoed als deze erkend wordt door de zorgverzekeraar en het RIVM. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden.
U heeft geen recht op:
- Vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen;
- Vergoeding van de kosten van een fitnessabonnement, inschrijving sportclub, sportkleding;
- Vergoeding van de kosten van een psychologische behandeling naast een GLI, tenzij daar een afzonderlijke, gerichte indicatie voor bestaat. Zie artikel 27 voor de vergoeding van geestelijke gezondheidszorg;
- Vergoeding van de kosten voor diëtetiek naast een GLI, tenzij daar een afzonderlijke, gerichte indicatie voor bestaat. Zie artikel 31 voor de vergoeding van diëtetiek.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wie mag de zorg verlenen
Een gecombineerde leefstijlinterventie mag verleent worden door:
1 Een leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van Beroepsvereniging Leefstijlcoaches (BLCN);
2 Een fysiotherapeut, oefentherapeut of diëtist die is geregistreerd als leefstijlcoach.

Wij hebben voor GLI zorggroepen gecontracteerd, die samenwerken met zorgverleners die de effectieve GLI aanbieden. Werkt uw zorgverlener in opdracht van de zorggroep? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed. De zorggroep declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons; de zorgverlener declareert zijn kosten bij de zorggroep.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming
U heeft vooraf toestemming van ons nodig als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw verwijzer t meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, medisch specialist of jeugdverpleegkundige (bij kinderen tot 18 jaar).

Artikel 16 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving
Uw recht op verpleging en/of verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. U heeft ook recht op zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Deze zorg omvat tevens verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar, die voornamelijk in verband met een complexe somatische aandoening of lichamelijke handicap zijn aangewezen op verpleging en verzorging. Daarbij is sprake van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Ook is er sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en/of verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor toestemming aanvragen met het aanvraagformulier persoonsgebonden budget. Dit formulier vindt u op onze website. In het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3, helpende niveau 2 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). De zorgaanbieder verleent de zorg conform het kader 'Normen voor indiceren en organisatie van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig als het gaat om zorg verzorgd door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten.

U kunt hiervoor toestemming aanvragen met het aanvraagformulier niet-gecontracteerde verpleging en/of verzorging. Dit formulier vindt u op onze website.

De vergoeding van de betreffende zorg bij een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, wordt aan u uitgekeerd. Er vindt geen vergoeding plaats, zolang wij geen toestemming hebben verleend.

Verwijsbrief nodig van

Een kinderarts: voor verpleging of verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Bijzonderheden

1. U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt vastgesteld door een BIG geregistreerde hbo-verpleegkundige met kinderaantekening en/of een verpleegkundig-specialist die werkzaam is bij een bij BINKZ aangesloten zorgaanbieder. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
3. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.
4. Onder palliatief terminale zorg valt uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een hbo verpleegkundige. Alleen indien het medisch noodzakelijk is en uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken, kan toezicht (monitoring) worden opgenomen in de indicatiestelling.
   De omvang en tijdsduur van het toezicht (monitoring) dient duidelijk herleidbaar te zijn uit de indicatiestelling en het zorgplan. Enkel de aanwezigheid van een zorgverlener, zonder dat er sprake is van zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden, valt niet onder de verzekerde zorg.
   Ook in de palliatief terminale fase is aanwezigheid die voorkomt uit het ontbreken van een mantelzorgnetwerk geen verzekerde zorg.

Artikel 17 Verloskundige zorg en kraamzorg

17.1 Verloskundige zorg

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

Deze zorg omvat ook:
- preconceptiezorg (kinderwensconsult): als u een kinderwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 12, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling: als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de screening op down-, edwards- of patausyndroom en de twintig-weken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT) als u een medische indicatie hebt;
- invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit de NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintig-weken echo (SEO): met de twintig-weken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

De NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)
Heeft u een medische indicatie?
Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op prenatale diagnostiek.

Heeft u geen medisch indicatie?
Als u geen medische indicatie hebt, dan wordt de NIPT vergoed vanuit een overheidsregeling.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op invasieve diagnostiek.

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

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden
Voor verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 18, Medisch specialistische zorg.

17.2 Kraamzorg

Omschrijving

U heeft recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 42 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 5,10 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 20 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 143 per dag voor zowel moeder als kind.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op!

Regel uw aanvraag tijdig. Neem ten minste 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum contact op met de zorgaanbieder van uw keuze.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden

1 De kraamverzorgende of de verloskundige stelt het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP), of – zodra deze is ingevoerd - de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). U heeft recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 42 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling. U vindt dit protocol op onze website.

2 Gaat u naar een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuurt u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van:
   - de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP)), of – zodra deze is ingevoerd - de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM), en;
   - in het geval van zorg door een kraamverzorgende: het diploma kraamverzorgende.

   Deze kopieën kunt u opvragen bij de betreffende kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

3 Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 42 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.

4 Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamzorgorganisatie) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan heeft u ook op deze dag recht op kraamzorg.

Let op!

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan bij een gecontracteerd kraamzorgbureau. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis	
Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 42 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,10 per uur.

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 42 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,10 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer en kraamzorg van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 246 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: • Maximale vergoeding is 2 x € 143: € 286 per dag • Af: eigen bijdrage is 2 x € 20: € 40 per dag € 246 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 246 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 42 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,10 per uur.

Medische noodzaak
Uw verloskundige of huisarts kan zo nodig verwijzen naar een medisch specialist. De medisch specialist bepaalt vervolgens of de bevalling in het ziekenhuis medisch noodzakelijk is.

De zorgkosten die voor uw eigen rekening komen, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Integrale geboortezorg
Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een geboortezorgorganisatie, mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Deze geboortezorg mag de geboortezorgorganisatie alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van deze organisaties vindt u op onze website.

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

Artikel 18 Medisch specialistische zorg

Omschrijving
U heeft recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van de zorg (laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen) die tot het zorgtraject behoort. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- direct aan inzet gebonden kosten van een AED (Automatische Externe Defibrilator).

Voorwaardelijke toelating
De minister voor Medische zorg en Sport kan zorg die nog niet bewezen effectief is tijdelijk toelaten tot het basispakket. De minister stelt daaraan de voorwaarde dat in de periode van de tijdelijke toelating de onderzoekers gegevens verzamelen over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de zorg. Het gaat dan om nieuwe, veelbelovende zorg waarbij wetenschappelijk wordt onderzocht of de behandeling goede resultaten geeft. Kijk voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering vindt u op onze website of op wetten.overheid.nl

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

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op! Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), triage-audicien (naar de KNO-arts), bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, verloskundige, optometrist (naar de oogarts), orthoptist (naar de oogarts), medisch specialist (inclusief sportarts), kaakchirurg, GGD arts (bij aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB, TBC en SOA)) of klinisch fysicus audioloog (KNO-arts).

Toestemming
U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?
U heeft voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

Oogheelkunde:	refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
KNO-heelkunde:	oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
Heelkunde:	gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
Dermatologie:	benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

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

Let op!
Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heeft u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 23, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden
1 De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 38, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2 Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3 Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.
4 Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 12, Huisartsenzorg.
5 Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 27, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).
6 Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 33, Bijzondere tandheelkunde en artikel 34, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 19 Revalidatie

19.1 Revalidatie

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:
- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een revalidatiearts. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op!
Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig als:
- de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten;
- het gaat om een tweede behandeltraject medisch specialistische revalidatie in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Uw zorgverlener kan hiervoor toestemming aanvragen met het 'Aanvraagformulier medisch specialistische revalidatiezorg '. Dit formulier is te vinden op onze website.

19.2 Geriatrische revalidatie

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

U heeft alleen recht op deze zorg als:
1 de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 39, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2 u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een specialist ouderengeneeskunde vanuit de thuissituatie of een eerstelijnsverblijf (ELV) of door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
3 de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

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

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO), internist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of medisch specialist.

Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook de onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 21 In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

21.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan heeft u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

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

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:
a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
b het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
c de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
d het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF- of ICSI-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 21.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op! Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, gynaecoloog of uroloog.

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

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

21.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

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

Wie mag de zorg verlenen
Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op! Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.
Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 22 Audiologische zorg

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

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

Wie mag de zorg verlenen
Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, audicien, jeugdarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

Bijzonderheden
1 Voor gehoorapparatuur zie artikel 38, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2 Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 25, Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Artikel 23 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch chirurgische aard, als het gaat om:
1 correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2 correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3 correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslapte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:
   - de verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;
   - het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;
4 correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5 correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6 reconstructieve behandelingen, zoals omschreven in de ‘Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking’;
7 het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

8 het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
- afwezigheid van een inframammairplooi (plooi onder de borst), en;
- klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

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

Wanneer heeft u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?
In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op:
a behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd onder omschrijving, punt 3;
b liposuctie van de buik;
c het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

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

Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op! Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden. Er is geen toestemming van ons nodig voor een primaire en secundaire borstreconstructie en voor een correctie van primaire geslachtskenmerken bij genderdystrofie.

Artikel 24 Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving
Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 18 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:
a specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
b specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

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

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

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:
- zorg aan de donor nadat de periode onder punt d is verstreken, voor zover de zorg verband houdt met de donatie;
- vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f.

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

Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 25 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Omschrijving
U hebt recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met:
- een visuele beperking (u bent blind of slechtziend); en/of
- een auditieve beperking (u bent doof of slechthorend); en/of
- een communicatieve beperking (u hebt ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en je bent jonger dan 23 jaar. Hier is sprake van als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren.

Daarnaast is een voorwaarden dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt zijn aan de taalontwikkelingsstoornis.

U hebt geen recht op:
- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prélinguaal doven.

Visuele beperking
Er is sprake van een visuele beperking als:
- u een gezichtsscherpte van <0.3 aan het beste oog heeft; of
- u een gezichtsveld van <30 graden heeft; of
- u een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog heeft met daaraan gerelateerde ernstige gezichtsbeperkingen in het dagelijks functioneren.

Deze bepaling is conform de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking.

Auditieve beperking
Er is sprake van een auditieve beperking als:
- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te middelen; of
- het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1.000 en 2.000 Hz.

Deze bepaling is conform de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

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

Wie mag de zorg verlenen
Instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
- Auditieve of communicatieve beperking: huisarts, medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).
- Visuele beperking: huisarts, medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

Artikel 26 Stoppen-met-rokenprogramma

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

Eigen risico
Voor het stoppen-met-rokenprogramma en geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van dit programma geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen
Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 27 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Omschrijving
Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening), met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen voor de behandeling van uw psychische stoornis? Dan heeft u naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:
- uw verblijf met verpleging en verzorging;
- paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden

U heeft recht op medisch noodzakelijke opname gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Voorwaarden voor het recht op Geneeskundige GGZ:
1. U moet 18 jaar of ouder zijn;
2. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS;
3. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing;
4. Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl; Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.
5. De volgende zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de basis ggz verlenen:
   - een gezondheidszorgpsycholoog;
   - een klinisch psycholoog;
   - een klinisch neuropsycholoog;
   - een psychotherapeut;
   - een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
   - een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
   - een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
   - een verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz.
6. De volgende zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de gespecialiseerde ggz verlenen:
   - een klinisch psycholoog;
   - een klinisch neuropsycholoog;
   - een psychiater;
   - een psychotherapeut;
   - een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
   - een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
   - een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
   - een verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
   - een gezondheidszorgpsycholoog, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz.
7. De orthopedagoog-generalist, de pshycisian assistent GGZ en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige mogen binnen sectie III onder voorwaarden als regiebehandelaar ggz zorg verlenen. Deze voorwaarden staan vermeld in de veldafspraak 'tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap'. De voorwaarden uit de veldafspraak blijven van toepassing tot het nieuwe Landelijk Kwaliteitsstatuut is ingediend in het register. Per dat moment gelden de voorwaarden zoals vermeld in het Landelijk Kwaliteitsstatuut.

8. Uw regiebehandelaar voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet moet een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG hebben. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.

U heeft geen recht op:
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- bemoeizorg vanuit de OGGZ. Hiervoor is de gemeente verantwoordelijk;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp die onderdeel is van de behandeling van een lichamelijke of somatische aandoening;
- intelligentieonderzoek;
- begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals onder andere vermeld in de Lijst therapieën GGZ. U vindt dit overzicht op onze website.
- GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

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

Wie mag de zorg verlenen
Een zorgverlener moet beschikken over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan u gebruik maken van een overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
- U bent al in zorg bij de regiebehandelaar voor uw 18e verjaardag, en;
- de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register, en;
- de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht, en;
- de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar wordt.

Voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ. Deze overgangsregeling geldt voor zowel sectie II als sectie III

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar GGZ of straatdokter. De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep) en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als u geen huisarts heeft.

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

Toestemming
U heeft in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig:
1. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan is deze zorgverlener op de hoogte van de situaties waarbij toestemming aangevraagd moet worden. Uw zorgverlener zal het aanvraagformulier hiervoor invullen en aan ons opsturen. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij de aanvraag afwijzen
2. Bij een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten heeft u voorafgaand onze toestemming nodig in de volgende situaties:
   - Als sprake is van GGZ met verblijf (zie artikel 39, Verblijf);

- Als sprake is van GGZ in geval van een van de DSM-5 hoofdgroepen:
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen;
- Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen;
- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen;
- Somatische symptoomstoornis en aanverwante stoornissen;
- Restgroep;
- Andere problemen die een reden van zorg kunnen zijn.

U kunt hiervoor toestemming aanvragen met het Aanvraagformulier GGZ. Dit formulier vindt u op onze website.

Verstrijkt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder het aanvraagformulier GGZ invullen.

Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Paramedische zorg

Heeft u de ziekte van Parkinson en u heeft fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?
Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.
U bent dan verzekerd van goede zorg, want deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren aan mensen met de ziekte van Parkinson. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een landelijk netwerk waardoor:
- u aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder uw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

Hierdoor is de zorg die u nodig hebt, beter op elkaar afgestemd. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Artikel 28 Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving
U heeft recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:
- U heeft vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten voor behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn;
- Heeft u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heeft u per kalenderjaar recht op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan heeft u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heeft u in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie
U heeft eenmalig recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen
U heeft recht op vergoeding van de kosten van maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht
U heeft recht op vergoeding van de kosten van maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij COPD

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

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

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

Behandeling van chronische aandoeningen

U heeft vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten voor behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de ‘Chronische lijst’ genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel.
Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

Valpreventieve beweeginterventie

Als u 65 jaar of ouder, thuiswonend bent en een verhoogd valrisico heeft, hebt u recht op vergoeding van een valpreventief beweegprogramma. Voorwaarde is dat er naast een hoog valrisico ook onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn, waarbij begeleiding door een fysiotherapeut noodzakelijk is

De volgende prestatiebeschrijvingen worden onderscheiden:

1. *Intake valpreventieve beweeginterventie*
   Voorafgaand aan een valpreventieve beweeginterventie vindt een intake plaats. Tijdens de intake worden de zorgvraag en doelen van de patiënt met een hoog valrisico in kaart gebracht. Aan de hand hiervan en met inachtneming van de mate van kwetsbaarheid en mobiliteit van de patiënt wordt beoordeeld welke valpreventieve beweeginterventie hierop kan aansluiten.
2. *Valpreventieve beweeginterventie*
   Een valpreventieve beweeginterventie is een gestructureerd en in tijd afgebakend trainingsprogramma voor patiënten met een hoog valrisico. Deze kunnen inhoudelijk verschillen net als de duur. De valpreventieve beweeginterventie kan per maand in rekening worden gebracht en wordt indien mogelijk afgerond met een evaluatie.

   Voorwaarde voor vergoeding van een deze prestaties is dat:

- de verwijzer aan de hand van de valrisicobeoordeling het hoge valrisico in kaart heeft gebracht. Afhankelijk van het hoge valrisico kan de verwijzer naar een valpreventieve beweeginterventie verwijzen als er sprake is van onderliggende of bijkomende aandoeningen.
- Er minimaal 12 maanden zit tussen de start van de ene valpreventieve beweeginterventie en van een eventuele volgende.

Fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kunt u tot 1 januari 2025 aanspraak maken op vergoeding van de kosten van:

a. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of een medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat uw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

b. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal nog eens zes maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of een medisch specialist. Uit de verwijzing voor de 2e behandeltermijn moet blijken dat de aanvullende behandeling noodzakelijk en kansrijk is. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

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

U heeft geen recht op:

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

1 Fysiotherapie: fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie, of in het individueel Register Fysiotherapie binnen het Kwaliteitshuis Fysiotherapie van de KNGF en SKF.

2 Oedeemtherapie en littekentherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
De oedeem(fysio) therapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie. De huidtherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)), of in het individueel Register Fysiotherapie binnen het Kwaliteitshuis Fysiotherapie van de KNGF en SKF.

3 Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut. De (kinder) oefentherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet

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

Waar mag de zorg worden verleend

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

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met machtigingsgebonden aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie. Deze lijst vindt u op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
U heeft een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een van de genoemde aandoeningen.

Artikel 29 Logopedie

Omschrijving
U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.
U heeft geen recht op logopedische behandelingen in verband met:
- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid;
- muziektherapie;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Logopedie na ernstige COVID-19
Na ernstige COVID-19 kunt u tot 1 januari 2025 aanspraak maken op de vergoeding van de kosten van:
a. Logopedie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat uw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de logopedie.
b. Logopedie gedurende maximaal nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of een medisch specialist. De verwijzing voor de 2e behandeltermijn moet een duidelijke beschrijving bevatten waarom de aanvullende behandeling nodig en kansrijk is. U moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de logopedie.

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):
- Afasie;
- Hanen programma's;
- Integrale zorg stotteren;
- Preverbale logopedie (eten en drinken);
- Stotteren.

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

Let op!
Wij hebben voor de behandeling van de ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

Artikel 30 Ergotherapie

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

Ergotherapie na ernstige COVID-19
Na ernstige COVID-19 kunt u tot 1 januari 2025 aanspraak maken op vergoeding van de kosten van:
a. Maximaal 10 uur ergotherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat uw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de ergotherapie. Bent u voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had u geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. U hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.
b. Maximaal 10 uur ergotherapie gedurende ten hoogste nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of een medisch specialist. De verwijzing voor de 2e behandeltermijn moet een duidelijke beschrijving bevatten waarom de aanvullende behandeling nodig en kansrijk is. U moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de ergotherapie.

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Ergotherapeut.

Let op!
Wij hebben voor de behandeling van de ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde ergotherapeuten gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

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

Artikel 31 Diëtetiek

Omschrijving

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

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

Diëtetiek na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kunt u tot 1 januari 2025 aanspraak maken op:

a. Maximaal 7 uur diëtetiek in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat uw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de diëtetiek.

b. Maximaal 7 uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of en medisch specialist. De verwijzing voor de 2e behandeltermijn moet een duidelijke beschrijving bevatten waarom de aanvullende behandeling nodig en kansrijk is. U moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de diëtetiek.

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

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)
Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma hebt en u ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

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

Mondzorg

Artikel 32 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving
Als u jonger bent dan 18 jaar, dan heeft u recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:
1 controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2 incidenteel consult;
3 tandsteen verwijderen;
4 fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5 sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6 behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7 verdoving (anesthesie);
8 wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9 vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10 behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11 volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12 chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten;
13 röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

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

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

Wie mag de zorg verlenen
Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Toestemming
U heeft alleen vooraf onze toestemming nodig als het gaat om:
- kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder omschrijving voor verzekerden jonger dan 23 jaar;
- een orthopantomogram (X21) , schedelfoto X24, 3D-foto's (X25 en X26) voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 33 Bijzondere tandheelkunde

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

33.1 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving
U heeft recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:
1 als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;

2 als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3 als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond.

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

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

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

Wie mag de zorg verlenen
1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen: tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2 Orthodontische zorg in bijzondere gevallen: een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Waar mag de zorg worden verleend
De zorg mag worden verleend in een:
1 tandartspraktijk;
2 ziekenhuis;
3 centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:
1 een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2 een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
- er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
- het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
- er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
- er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
- het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
- bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

Verwijsbrief nodig van
Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

33.2 Tandheelkundige implantaten

Omschrijving
U heeft recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:
1 als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt, en;
2 als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak
Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Deze prothese blijft uitneembaar. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 35.

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

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

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend
De zorg mag worden verleend in een:
1 tandartspraktijk;
2 ziekenhuis;
3 centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

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

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34 Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving
Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek, zoals tandartsen die plegen te bieden. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. U heeft geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat (zie artikel 33.2) en ongecompliceerde extracties (kies of tand trekken) door een kaakchirurg. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel 39 ‘Verblijf’.

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

Wie mag de zorg verlenen
Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 35 Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

Eigen bijdrage
U bent een eigen bijdrage verschuldigd van:
- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese;
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese;

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J80).

Eigen bijdrage (gebits)prothese
U heeft recht op een (gebits)prothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.
Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt, zie artikel 33.2.

Let op!
Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

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

Wie mag de zorg verlenen
Tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1 U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese als:
   a de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
      - € 675 voor een boven- of onderkaak;
      - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
   b u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
   c u uw immediaatprothese binnen een half jaar wilt vervangen;
   d de techniek- en materiaalkosten hoger zijn dan ons maximumbedrag.
2 U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
   a een gebitsprothese op implantaten;
   b het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
   c een steg of drukknopen (mesostructuur).

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Farmaceutische zorg

Artikel 36 Geneesmiddelen

Omschrijving

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

Deze zorg omvat ook:
- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voor de meest actuele tekst van bijlage 2 verwijzen wij u naar wetten.overheid.nl (zoek in de titel op ‘Regeling zorgverzekering’ en scroll dan links onder de hoofdstukken naar bijlage 2) en de publicatie van de wijzigingen in de Staatscourant.

Zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers

U hebt recht op zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. Zelfzorgmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die u zonder recept kunt verkrijgen bij een apotheek of drogist. In principe is deze geneesmiddelgroep uitgesloten van vergoeding. Bij chronisch gebruik van deze middelen geldt een vergoedingsregeling voor bepaalde maagzuurremmers, laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen. Deze geneesmiddelen moeten zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering en worden vergoed mits is voldaan aan de voorwaarden die zijn gesteld in bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Vitamine D bevattende geneesmiddelen

De geneesmiddelen alfacalcidol, calcitriol en dihydrotachysterol worden enkel vergoed als er sprake is van een medische indicatie, waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd. U heeft geen recht op vergoeding van alle colecalciferol-bevattende geneesmiddelen en calcifediol.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

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

U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

U heeft geen recht op:
- farmaceutische zorg (terhandstelling, advisering en begeleiding) voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
- vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief in de vrije verkoop bestaat.

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

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

Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar. Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

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

Eigen bijdrage geneesmiddelen
De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, dan telt deze eigen bijdrage niet meer voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

Eigen risico
Voor farmaceutische zorg geldt het eigen risico. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie onder het eigen risico vallen.

Wie mag de zorg verlenen
Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Recept (voorschrift)
Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg specialistisch verpleegkundige of physician assistant.

Toestemming
1 U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.

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

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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

Anticonceptiemiddelen
Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen, zoals de anticonceptiepil. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorragie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Artikel 37 Dieetpreparaten

Omschrijving
U heeft recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
U heeft alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:
a lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
b lijdt aan een voedselallergie;
c lijdt aan een resorptiestoornis;
d lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
e daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

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

Wie mag de dieetpreparaten leveren
Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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

Hulpmiddelenzorg

Artikel 38 Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving
U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. In het Reglement Hulpmiddelen hebben wij nader uitgewerkt welke hulpmiddelen hieronder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

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

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

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

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

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren
Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Betreft het een hulpmiddel dat bij een gecontracteerde zorgverlener in bruikleen zou worden verstrekt? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 70% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Verwijsbrief nodig van
In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming
In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig hebt.
De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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

Verblijf in een instelling

Artikel 39 Verblijf

Omschrijving
U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 12), verloskundige zorg (artikel 17.1), medisch specialistische zorg (artikelen 18 tot en met 25), Geestelijke gezondheidszorg (artikel 27) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 34 en artikel 35) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 16, Verpleging en verzorging.

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

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van verblijf buiten een expertziekenhuis indien dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Voorwaarde voor aanspraak op deze vergoeding is dat u:
- woonachtig moet zijn op een afstand van meer dan 50 kilometer (enkele reis) van het expertziekenhuis en;
- vanwege de kans op ernstige medische complicaties dichterbij het ziekenhuis moet verblijven.

De vergoeding voor de kosten van verblijf buiten een expertziekenhuis bedragen maximaal € 89 per nacht.

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

Waar mag het verblijf plaatsvinden
Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling. Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend. Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kinderzorghuis.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op!
Op dit artikel is selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 1.4.2. van het Algemene gedeelte.

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Het verblijf buiten het ziekenhuis moet plaatsvinden in de nabijheid van het ziekenhuis in een hotel, vakantiewoning of soortgelijke accommodatie.

Op voorschrift van
Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5 een voorschrift afgeven. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 34, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming
U hebt vooraf alleen onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 18), revalidatie (artikel 19.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 23), GGZ (artikel 27) en mondzorg (artikel 34 en 35) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel. U heeft ook onze toestemming nodig bij verblijf buiten het ziekenhuis. Als wij u toestemming geven dan kunnen we voorwaarden stellen aan de duur van het verblijf.

Ziekenvervoer

Artikel 40 Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Omschrijving
U heeft recht op:
1 medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
   a naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
   b naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
   c als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
   d vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
      - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
      - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
   e naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a tot en met d;
2 ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
   a u moet nierdialyses ondergaan;
   b u moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan;

c u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
d uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?
Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om zonder begeleiding te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U heeft recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,3 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

e u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg, zoals genoemd in artikel 19.2;
f u bent jonger dan 18 jaar en u bent aangewezen op verpleging en verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
g u bent aangewezen op dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking;
h Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?
Als de uitkomst van de rekensom ‘aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis’ groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

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

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel in lid 2, onderdelen a, b en f omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Als u bent aangewezen op vervoer zoals opgenomen in dit artikel in lid 2 en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor kosten van logeren verstrekken in plaats van een vergoeding voor kosten van vervoer. Uit uw verzoek moet blijken dat logeren minder belastend is voor de patiënt dan heen en weer reizen. De vergoeding voor de kosten van logeren bedraagt maximaal € 89 per nacht.

Eigen bijdrage
U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 118 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

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

Wie mag het ambulancevervoer en ziekenvervoer verzorgen
1 Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2 Ziekenvervoer:
- taxivervoerder;
- openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,38 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van
Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld onder omschrijving, punt 2f heeft u een voorschrift van de kinderarts nodig. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer. U kunt deze toestemming aanvragen met het 'Aanvraagformulier ziekenvervoer'. Dit formulier vindt u op onze website. Op onze website vindt u ook het 'Aanvraagformulier logeerkosten' waarmee u toestemming kunt vragen voor de vergoeding voor logeerkosten in plaats van vergoeding voor de kosten van vervoer.

Toestemming voor ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie kunt u ook telefonisch bij ons aanvragen via telefoonnummer 088 35 35 763.

Heeft u al toestemming van ons? Dan kunt u contact opnemen met Transvision om het taxivervoer af te spreken. U bereikt hen op 0900 - 33 33 330 (kies optie 1).

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

Zorgbemiddeling

Artikel 41 Zorgadvies en bemiddeling

Omschrijving
U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op ons Team Medical. Kijk voor het aanvraagformulier op onze website.

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

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III Begripsomschrijvingen

Acute zorg: als acute zorg, ofwel cruciale zorg kan worden aangemerkt wat is opgenomen in het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg. Het betreft ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Aevitae B.V.: de gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van de zorgverzekeringen.

Basisverzekering Natura Select: een tussen Aevitae namens de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de basisverzekering Natura Select aangeduid met 'de zorgverzekering'.

CAK: Centraal Administratie Kantoor.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen Aevitae namens de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

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

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

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

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

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

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

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

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en beschikt over een vergunning volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

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

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

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

NZa: Nederlandse zorgautoriteit.

Premievervaldatum: De datum waarop de premie voor de betreffende betaalperiode betaald dient te zijn.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over ‘schriftelijk’ wordt ook verstaan ‘per e-mail’.

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

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

Het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) heeft in 2020 een verdrag gesloten met de Europese Unie (EU) voor de vergoeding van zorgkosten. Op het op moment van vastleggen van deze polisvoorwaarden voor 2024 accepteert het Verenigd Koninkrijk de EHIC en S2-verklaring nog niet. Mocht wet- en regelgeving veranderen, dan zullen wij die verandering uitvoeren vanaf de ingangsdatum.

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

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

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

Verzekeringsvoorwaarden basisverzekering Natura Select / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar.

Wlz: Wet langdurige zorg.

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

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC): Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die beschikt over een vergunning volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

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

Zorgartikel: artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeraar/EUCARE: de verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat EUCARE Insurance PCC Limited (NLCare Cell), die statutair gevestigd is in Malta. De verzekeraar is geautoriseerd door de Malta Financial Services Authority (MFSA). Statutair adres: 16 Europa Centre, Triq John Lopez, Floriana, FRN 1400 Malta.

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

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

VRIELING
zorgverzekering

Meer weten?
Voor al uw vragen over de informatie in deze polisvoorwaarden kunt u terecht bij uw adviseur. Deze kunt u bereiken op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 0523 - 282722.

Daarnaast vindt u veel informatie op www.vrielingzorgverzekering.nl.

Bezoekadres

Kantoor Hardenberg
Stelling 5
7773 ND Hardenberg

Kantoor Dedemsvaart
Langewijk 47
7701 AB Dedemsvaart

Kantoor Zwolle
Eekwal 31
8011 LB Zwolle

Postadres
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

zorgverzekering@vrieling.nl