



Besured Ruime Keuze

Voorwaarden 2020

BESURED

Be smart.

Welkom bij Besured

In deze verzekeringsvoorwaarden lees je alles over de Besured Zorgverzekering. Deze zorgverzekering is een verzekering van iptiQ Life S.A.

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

Vriendelijke groet,
Besured

Belangrijke informatie

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

Aanvragen toestemming

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

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

Insturen nota's

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

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

Besured
Postbus 148
8200 AC Lelystad

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

Inhoudsopgave

1. Algemeen gedeelte	4
2. Zorgartikelen	31
3. Begripsomschrijvingen	104

1. Algemeen gedeelte

Artikel 1	Verzekerde zorg	5
Artikel 2	Algemene bepalingen	11
Artikel 3	Premie	15
Artikel 4	Overige verplichtingen	19
Artikel 5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	20
Artikel 6	Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	21
Artikel 7	Verplicht eigen risico	24
Artikel 8	Vrijwillig eigen risico	26
Artikel 9	Buitenland	27
Artikel 10	Klachten en geschillen	29

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Medisch Advies adviseert je bij welke zorgaanbieder je voor jouw zorgvraag terecht kunt. Ook als je te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kun je contact opnemen met de afdeling Medisch Advies. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Medische noodzaak

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

1.2 Wie mag de zorg verlenen

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

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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

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

1.4 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat je een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot 73% van de gemiddelde tarieven, zoals wij deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende gecontracteerde zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot 73% van de Wmg-tarieven. Indien de zorgaanbieder een lager bedrag declareert dan 73% van het gemiddelde gecontracteerde tarief, dan krijg je dit bedrag vergoed. Ga je liever voor een zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding (73%) jouw keuze? Dan kun je ons aangeven waarom deze lagere vergoeding jouw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij informeren je binnen 4 weken of wij jou een hogere vergoeding (maximaal 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van de gemiddelde tarieven zoals wij deze zijn overeengekomen met gecontracteerde zorgaanbieders) kunnen bieden.

Uitzondering

Ga je voor zorg, zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg, onder omschrijving punt 1 en 3 of zoals vermeld in artikel 13, Zorgprogramma's naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximale de geldende Wmg-tarieven.

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

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

1.5 Insturen van nota's

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

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- jouw 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 zorgaanbieder).

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.xe.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling hebt plaatsgevonden.

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Italiaans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij jou vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

Je declareert jouw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar mijn.besured.nl. Je moet de originele nota tot twee jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als je de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij jou terugvorderen of verrekenen met aan jou verschuldigde bedragen.

1.6 Tijdige zorgverlening

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

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

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

1.7 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. In het geval van niet-gecontracteerde zorg vervalt met deze betaling jouw recht op vergoeding.

1.8 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, dan houden wij geen rekening met jouw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij, voor zover deze nog niet door de zorgaanbieder bij jou in rekening zijn gebracht, later bij jou als verzekeringnemer in rekening. Je bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan jou verschuldigde bedragen.

1.9 Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Een verwijzing, voorschrift 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 de volgende gegevens vermeld staan:

- NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde;
- naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer;
- datum van afgifte;
- reden van verwijzing, diagnose en eventuele overige relevante gegevens.

Een verwijzing 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.

Toestemming

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

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

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

Als je een machtiging, een verwijzing en/of recept hebt, dan gelden deze ook als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als je van jouw vorige verzekeraar toestemming hebt ontvangen.

1.10 Wanneer heb je recht op verzekerde zorg?

Je hebt recht op zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van jouw zorgverzekering.

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

1.11 Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat je verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

- vergoeding van kosten omdat je niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van zorg verleend door jezelf, jouw partner, kind, ouder, of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend;
- vergoeding van zorg op voorschrift van jezelf, jouw 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

Heb je zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen?

Dan geldt de volgende regel:

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

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

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

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

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

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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1 Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die je op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die je ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvang je van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvang je 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 je verzekeringsplichtig bent, kun je deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3 Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;

- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Zorgstandaarden Diabetes mellitus, VRM, COPD en Astma;
- 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;
- Reglement niet-gecontracteerde verpleging en/of verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Dynamisch overzicht GGZ;
- Informatiedocument IVF buitenland.

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

2.4 Fraude

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

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

Bij fraude registreren wij jouw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van jouw 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 Centraal Informatie Systeem.

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

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat jouw zorgverzekering(en) wordt (worden) beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met jou te sluiten. Jouw aanvullende (zorg) verzekering(en) kan (kunnen) ook worden beëindigd. Je kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij ons.

2.5 Bescherming van jouw persoonsgegevens

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

Verwerking persoonsgegevens

Jouw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van jouw 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 je deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van jouw 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 jouw 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 Verklaring van Besured. Je vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht jouw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij jouw gegevens raadplegen bij de CIS, www.stichtingcis.nl.

Wil je meer informatie, jouw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? Je leest er alles over op www.besured.nl/privacyverklaring.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij jouw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt jouw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders jouw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij jou ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in jouw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6 Mededelingen

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

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail' als je daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7 Bedenkperiode

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

2.8 Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens Titel 7 van Boek 17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringwet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens Titel 7 van Boek 17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringwet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringwet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens Titel 7 van Boek 17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in de 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 en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vind je op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. Je vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor jou gelden, vind je op jouw polisblad.

3.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1 Als je deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvang je een korting op de premiegrondslag.

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

3.2.3 Je kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 Wie betaalt de premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e 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** Je bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als je de premie per maand betaalt, dan brengen wij je geen termijnbetalings-toeslag in rekening.
- 3.4.2** Je betaalt de premie, eigen risico en eigen bijdragen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.
- 3.4.3** Jouw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen. Jouw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren je ten minste 2 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Ben je het niet eens met een afschrijving? Dan kun je het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met jouw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 385 per maand. Voor bedragen boven de € 385 sturen wij je een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen je een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor jou geen extra kosten verbonden.

3.5 Verrekening

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

3.6 Niet-tijdig betalen

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

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

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

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

3.6.3 Als je al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan jou uitbetaalde vergoedingen of kosten, dan hoeven wij je 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 jou gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die je van ons moet ontvangen.

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

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

- jouw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
 - jouw opdracht aan jouw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie je periodieke betalingen ontvangt, om namens jou als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop je jouw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij jouw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang je jouw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

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

Het kan ook zijn dat je 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 jou als verzekeringnemer worden gestuurd.

3.6.7

- a. Als je als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, dan delen wij je mee dat wij jou bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8.
- b. Jij of de verzekerde kan ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij jouw betwisting op tijd hebben ontvangen, dan stellen wij een onderzoek in. Als wij jou meedelen dat wij ons standpunt handhaven, dan kun je 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 je geen mededeling zoals vermeld onder a zolang je de nieuwe premies voldoet.

- 3.6.8** Als je als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, dan melden wij je aan bij het CAK. Na de aanmeldingsbevestiging van het CAK ben je verplicht een bestuursrechtelijke premie van minimaal 110% en maximaal 130% van de gemiddelde premie aan het CAK te betalen. Het CAK int deze premie totdat je alle verschuldigde bedragen, inclusief het nog verschuldigd eigen risico, eigen bijdrage en rente- en incasso- kosten, hebt betaald.

Wij melden je niet aan bij het CAK als:

- a. je de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan jou hebben meegedeeld;

- b. je binnen 4 weken nadat wij je 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. je je hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantooit dat je een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van jouw schulden hebt gesloten;
- d. je 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 jou 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 jou van toepassing heeft verklaard;
- c. je gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen, of wanneer wij met jou een betalingsregeling zijn overeengekomen, waarbij de schuldenlast volledig wordt afbetaald, of;
- d. je 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 ben je verplicht de premie aan ons te betalen.

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

Artikel 4. Overige verplichtingen

Je bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlich-

tingen te verstrekken. Je mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. Je moet je onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;

- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;
- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

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

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1 Wijziging voorwaarden

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

5.2 Opzeggingsrecht

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

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1 Begin en duur

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

Voorbeeld

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

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

6.2 Einde van rechtswege

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

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

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

6.3 Wanneer kun je jouw verzekering opzeggen?

6.3.1 Jaarlijks opzeggen

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

6.3.2 Tussentijds opzeggen

Jij als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

- Als de zorgverzekeraar een boete opgelegd heeft gekregen vanwege een overtreding van artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens.

Opzegging bij 18^e verjaardag

Als jouw kind 18 jaar wordt, kun je haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen. Jouw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

6.3.3 Opzegservice

Je kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat je de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.4 Wanneer kun je niet opzeggen?

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

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

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

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

6.5 Bewijs van einde

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

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

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

6.6 Verzekering van onverzekerden

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

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

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1 Hoogte verplicht eigen risico

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

7.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- Huisartsenzorg, voor zover dit betrekking heeft op zorg zoals omschreven in Artikel 11, Huisartsenzorg, artikel 13, Zorgprogramma's (Ketenzorg), artikel 24, Stoppen-met-rokenprogramma en artikel 31, Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) .

Houd er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Als een laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht, dan geldt voor deze zorg wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;

- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening. Voor de NIPT en 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 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 39, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, 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 2020 telt 366 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,58 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 moet brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1 Varianten vrijwillig eigen risico

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

8.2 Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

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

8.3 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

Je hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2020 bestaat uit 366 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 366 is € 8,20 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,58 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

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

- 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

Je kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. Je moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via mijn.besured.nl 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

Wil je je in het buitenland laten behandelen? Als je voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heb je vooraf onze toestemming nodig. Je hebt geen toestemming nodig als je onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd. Als je 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet je (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas en op onze website.

9.3 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.2) nog specifiek een verwijzing, voorschift en/of een toestemming vereist? Dan kun je dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

9.4 Je woont in Nederland en ontvangt zorg in het buitenland

Als je in Nederland woont heb je recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland.

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

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

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

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

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor planbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van jouw zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor jouw rekening.

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

Als je woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan:

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

Let op

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

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

Je kunt er van uit gaan dat wij alles rond jouw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor jouw klachten en suggesties. Je kunt jouw klacht gemakkelijk indienen via onze website of via het e-mailadres kwaliteitszorg@besured.nl. Ben je niet in de gelegenheid om jouw klacht digitaal in te dienen? Dan kun je jouw klacht schriftelijk voorleggen aan Besured, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 622, 3300 AP Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

10.2 Klachten over onze formulieren

Vind je een formulier overbodig of ingewikkeld? Je kunt jouw klacht indienen via onze website of via het e-mailadres kwaliteitszorg@besured.nl. Het is ook mogelijk om jouw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan Besured, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 662, 3300 AP Dordrecht.

Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht over formulieren. Als je niet tevreden bent met het antwoord of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kun je jouw 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 je een klacht over formulieren kunt indienen.

2. Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

Artikel 11	Huisartsenzorg	33
Artikel 12	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	36
Artikel 13	Zorgprogramma's (ketenzorg)	37
Artikel 14	Verpleging en verzorging	39
Artikel 15	Verloskundige zorg en kraamzorg	41
Artikel 16	Medisch specialistische zorg	46
Artikel 17	Revalidatie	50
Artikel 18	Erfelijkheidsonderzoek	52
Artikel 19	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	53
Artikel 20	Audiologische zorg	56
Artikel 21	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	57
Artikel 22	Transplantatie van weefsels en organen	59
Artikel 23	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	61
Artikel 24	Stoppen-met-rokenprogramma	62

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 25	Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	63
Artikel 26	Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	66

Paramedische zorg

Artikel 27	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	70
Artikel 28	Logopedie	75
Artikel 29	Ergotherapie	77
Artikel 30	Diëtetiek	78
Artikel 31	Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)	78
Artikel 32	Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen	80

Mondzorg

Artikel 33	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	81
Artikel 34	Bijzondere tandheelkunde	82
Artikel 35	Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	88
Artikel 36	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	89

Farmaceutische zorg

Artikel 37	Geneesmiddelen	91
Artikel 38	Dieetpreparaten	94

Hulpmiddelenzorg

Artikel 39	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	96
------------	---------------------------------	----

Verblijf in een instelling

Artikel 40	Verblijf	98
------------	----------	----

Ziekenvervoer

Artikel 41	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	100
------------	---	-----

Zorgbemiddeling

Artikel 42	Zorgadvies en bemiddeling	103
------------	---------------------------	-----

Geneeskundige zorg

Artikel 11. Huisartsenzorg

Omschrijving

Je hebt recht op:

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

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 je bij jouw huisarts een stoppen-met-rokenprogramma volgt volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken, zie dan artikel 24. Jouw huisarts kan je hierover informeren.

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

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

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetscreening die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van het zorgprofiel;
- vanaf zorgprofiel 1: jaarlijks gericht voetonderzoek en advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;

- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

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

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

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Heb je diabetes mellitus type 2 en ontvang je hiervoor voetzorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 13? Dan heb je geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. M&I verrichtingen

- Diabetes, begeleiding per jaar;
- Diabetes, instellen op insuline;
- Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem), gestructureerde zorg per jaar;
- Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis, en;
- Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang.

Deze vormen van huisartsenzorg mag jouw huisarts alleen in rekening brengen als hij/zij hiervoor een overeenkomst met ons heeft.

Zorgprogramma voor diabetes mellitus type 2 of COPD

Heb je diabetes mellitus type 2 (DM type 2) of COPD? Bij jouw huisarts kun je navragen of je kunt deelnemen aan een zorgprogramma voor jouw aandoening bij een door ons gecontracteerde zorggroep zoals opgenomen in artikel 13, Zorgprogramma's.

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

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, zorgaanbieders binnen de praktijk en zorgaanbieders 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 je ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Jouw verloskundige kan je hierover informeren.

Voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag je naar een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling mag worden verleend door 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 Voetzorgverleners of Register voor Paramedische Voetzorg, als deze samenwerkt met de podotherapeut.

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

Ga je voor huisartsenzorg naar een huisarts waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Ga je naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 voetzorg worden verleend

De voetzorg 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.

Bijzonderheden

- Voor voetzorg als onderdeel van het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 13, Zorgprogramma's.
- Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 16, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden. Hierbij kunnen zij jouw behandeling (tijdelijk) deels of volledig overnemen van jouw huisarts. Jouw huisarts bepaalt of je bent aangewezen op deze zorg.

Specifieke patiëntgroepen

Heb je bijvoorbeeld dementie, MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking? Dan heb je specifieke zorg in de eigen omgeving nodig. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten spelen hierbij een belangrijke rol. Deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige

begeleiding en zorg te leveren. Hierdoor is de zorg die je nodig hebt, beter op elkaar afgestemd.

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

Specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijk gehandicapten (AVG).

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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.

Artikel 13. Zorgprogramma's (ketenzorg)

Omschrijving

Je hebt 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 je 16 jaar of ouder bent).

Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus, VRM, COPD of Astma. Je vindt de zorgstandaarden op onze website.

De zorgprogramma's worden bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

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 vind je op onze website. Je kunt ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep je hiervoor terecht kunt.

Ga je voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende WMG-tarieven.

Maak je geen gebruik van een zorgprogramma of kun je in jouw regio geen gebruikmaken van een zorgprogramma? Dan heb je recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 11) en diëtetiek (artikel 30).

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor deze zorg, zie artikel 16, 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 je nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. De inhoud van de zorgprogramma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes type 2, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma en de zorgstandaard VRM.

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 14. Verpleging en/of verzorging

Omschrijving

Jouw 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.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

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 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 vind je op onze website.

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

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig als het gaat om zorg verzorgd door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. In het Reglement niet-gecontracteerde verpleging en/of verzorging hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan niet-gecontracteerde verpleging en/of verzorging. Het Regle-

ment niet-gecontracteerde verpleging en/of verzorging vind je op onze website onder downloads.

De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden. In aanvulling op artikel 1.9 moeten bij de aanvraag voor toestemming voor zorg bij een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten, ook de volgende zaken worden opgestuurd:

- de indicatie en het zorgplan;
- het diploma van de BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- bewijs dat de indicerende verpleegkundige de cursus 'Vakbekwaam indiceren' heeft gevolgd.

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

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. kinderarts: voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
3. medisch specialist: voor gespecialiseerde verpleging, indien de zorg plaatsvindt onder directe aansturing van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. Je hebt alleen recht op deze zorg als je een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige. De verpleegkundige stelt in overleg met jou een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die jij nodig hebt 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 geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en die werkzaam is bij een bij de 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. Indien je meer dan 12 uur verpleging en/of verzorging per week nodig hebt, dien je door het Centraal Indicatiestelling Zorg een beoordeling uit te laten voeren of je in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1 Verloskundige zorg

Omschrijving

Je hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in het ziekenhuis of een geboortecentrum plaatsvindt. Als er geen sprake is van een medische indicatie voor de bevalling, dan is er een eigen bijdrage van toepassing.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als je een kindwens hebt, kun je gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als je zwanger bent en je denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heb je in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met jouw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvang je informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Je kunt dan weloverwogen een besluit nemen of je deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintigweken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als je een medische indicatie hebt. Je hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat je een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. Je hebt recht op invasieve diagnostiek als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat je een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintigweken echo (SEO):
met de twintigweken echo kun je laten onderzoeken of jouw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20^e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

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

Heb je geen medisch indicatie?

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

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

Extra informatie: Sinds 1 april 2017 bestaat er een subsidieregeling wanneer er geen sprake is van een medische indicatie en de NIPT als eerste test wordt uitgevoerd.

Er is dan vergoeding mogelijk vanuit deze regeling. Je betaalt in dat geval een eigen bijdrage van € 175 aan de uitvoerende instelling.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatie-test en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak 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 kun je terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 16, Medisch specialistische zorg.

15.2 Kraamzorg

Omschrijving

Je hebt recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,50 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 18,- per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet je het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 127,50 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 vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent stelt het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). Je hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Je vindt dit protocol op onze website.

2. Ga je naar een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige?
Stuur dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van:
 - de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP), en;
 - in het geval van zorg door een kraamverzorgende: het diploma kraamverzorgende.Deze kopieën kun je 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 10 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 heb je ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

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

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in jouw zorgverzekering?

Kraamzorg thuis

Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 per uur.
-----------------	---

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in jouw zorgverzekering?

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum, of Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 219 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: - Maximale vergoeding is 2 x € 127,50: € 255 per dag - Af: eigen bijdrage is 2 x € 18,-: € 36 per dag <hr/> € 219 per dag
--	---

Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 219 per dag moet je zelf bijbetalen.

Kraamzorg in geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,50 per uur.
------------------------------	---

Medische noodzaak

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

De zorgkosten die voor jouw eigen rekening komen krijg je mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw 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 vind je op onze website.

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

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

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

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van jouw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld jouw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die je al hebt besproken met jouw eerste behandelaar. Je moet met de second opinion terugkeren naar jouw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij jou thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- direct aan inzet gebonden kosten van een AED (Automatische Externe Defibrillator).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;

- van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 jaar tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover je deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.
- van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover je deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

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

Het overzicht geeft de stand van zaken weer per 1 januari 2020 voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijk voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering vind je op onze website.

Je hebt geen recht op:

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

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).

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 (verpleeghuisarts), 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 (naar KNO-arts).

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. Je vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. Je vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heb je vooraf toestemming nodig?

Je hebt 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).

Let op

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

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heb je altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 21, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van jouw bloed kunt meten valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 39, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vind je op onze website.

3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.
5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 26, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 34, Bijzondere tandheelkunde en artikel 35, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 17. Revalidatie

17.1 Revalidatie

Omschrijving

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

- deze zorg voor jou als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

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

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

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

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig als het gaat om zorg verzorgd door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, revalidatiearts, verpleegkundig specialist, physician assistant, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

17.2 Geriatrische revalidatie

Omschrijving

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

Je hebt alleen recht op deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 40, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg
2. je een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en je voorafgaand medisch specialistische zorg voor

deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatische polikliniek. De geriatische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialis-tische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multi-disciplinaire 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 geriatische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

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

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

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving

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

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

Eigen risico

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

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 vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

19.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

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

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

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

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

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryo-preserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan heb je recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 19.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wanneer heb je opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 ICSI-behandeling (intra-cytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. Je hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

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

19.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 20. Audiologische zorg

Omschrijving

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

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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, kaakchirurg, jeugdarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

Bijzonderheden

1. Voor gehoorapparatuur zie artikel 39, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 23, Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving

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

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslaptte 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 1mm 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 je 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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
7. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst), en;
 - klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

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

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

Je hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslakte 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 verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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

Je hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet je een toelichting van jouw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving

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

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

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de 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, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten vergoeden wij niet.

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

Eigen risico

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

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode bedoeld onder d is verstreken;
- 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 of zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

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

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

Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Omschrijving

Je hebt recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multi-disciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel jou zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis is gebonden aan voorwaarden (primaire stoornis en te herleiden tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren).

Eigen risico

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

Visuele beperking

Er is sprake van een visuele beperking als:

- je een gezichtsscherpte van <0.3 aan het beste oog hebt; of
- je een gezichtsveld van <30 graden hebt; of
- je een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog hebt 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
- als 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).

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 van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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

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

Artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma

Omschrijving

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken en geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.

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

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door ApotheekZorg. Meer informatie vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of ga je voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

Omschrijving

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

Generalistische basis GGZ

De generalistische Basis GGZ is bedoeld voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen, of mensen met stabiele chronische problematiek met een laag risico.

Generalistische basis GGZ wordt altijd ambulant gegeven. Dit betekent dat je regelmatig een bezoek brengt aan jouw zorgaanbieder voor jouw behandeling. De zorgaanbieder kan je ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vind je informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in het dynamisch overzicht GGZ. Je kunt voor informatie ook terecht bij jouw zorgaanbieder.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- bemoezorg vanuit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg;
- 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;
- basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. Je kunt hiervoor contact opnemen met jouw 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 zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Kwaliteitsstatuut GGZ

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op de

website www.zorginzicht.nl vind je welke zorgaanbieders een GGZ kwaliteitsstatuut hebben. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut stelt jou in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

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

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

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 of straatdokter. De straatdokter mag alleen verwijzen als je geen huisarts hebt.

De straatdokter

De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters, bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep, en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is.

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

26.1 Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf

Omschrijving

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

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

Jouw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. Je kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

Gespecialiseerde GGZ

Bij gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Gespecialiseerde GGZ kan bij de meeste psychische stoornissen ambulante gegeven worden. Dit betekent dat je regelmatig een bezoek brengt aan jouw zorgaanbieder voor jouw behandeling. De zorgaanbieder kan je ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling. In sommige situaties is een opname in een GGZ-instelling medisch noodzakelijk. Zie hiervoor artikel 40, Verblijf.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vind je informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in het dynamisch overzicht GGZ. Je kunt voor informatie ook terecht bij jouw zorgaanbieder.

26.2 Gespecialiseerde GGZ met verblijf

Omschrijving

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

Je hebt recht op medisch noodzakelijke opname gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- bemoeizorg vanuit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp die onderdeel is van de behandeling van een lichamelijke of somatische aandoening;
- begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. Je kunt hiervoor contact opnemen met jouw 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 zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Kwaliteitsstatuut GGZ

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische

basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op de website www.zorginzicht.nl vind je welke zorgaanbieders een GGZ kwaliteitsstatuut hebben. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut stelt jou in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

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

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

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 of straatdokter. De straatdokter mag alleen verwijzen als je geen huisarts hebt.

De straatdokter

De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters, bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep, en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is.

Toestemming

Je hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten:

- gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 38, Verblijf).
- gespecialiseerde GGZ in het geval van de behandelgroepen:
 - aan alcohol gebonden stoornissen;
 - aan overige aan middel gebonden stoornissen;
 - pervasieve stoornissen;
 - restgroep diagnoses;
 - somatoforme stoornissen.

Verstrikt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet je opnieuw toestemming aanvragen. Je kunt samen met jouw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vind je op onze website.

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

Bijzonderheden

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.

Paramedische zorg

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

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

Jonger dan 18 jaar:

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

18 jaar en ouder:

- je hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- je hebt vanaf de eerste behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- je hebt vanaf de eerste behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht tot maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- je hebt vanaf de eerste behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in stadium 2 of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie, tot ten hoogste:
 - 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden als er sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties;
 - 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden en 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren als er sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties;

- 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden en 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren als er sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties;
- je hebt vanaf de 21^e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Je vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houd er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor jouw eigen rekening. Je krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

Je hebt geen recht op:

- Arbo curatieve 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.

Chronische lijst

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

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

In het schema hieronder vind je op hoeveel zorg je recht hebt:

Jonger dan 18 jaar

vergoeding

Jouw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen.

volledig

Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.

Jouw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen

9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal heb je dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

vergoeding

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

9 behandelingen (vanaf de 1^e behandeling)

Gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen)

maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1^e behandeling)

Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht

maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1^e behandeling)

Gesuperviseerde oefentherapie bij chronische obstructieve pulmonaire ziekte (COPD) in stadium 2 of hoger van de GOLD Classificatie

maximaal 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden als er sprake is van klasse A van de GOLD classificatie (vanaf de 1^e behandeling)

maximaal 27 behandelingen gedurende 12 maanden en 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren als er sprake is van klasse B van de GOLD classificatie (vanaf de 1^e behandeling)

maximaal 70 behandelingen gedurende 12 maanden en 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren als er sprake is van klasse C of D van de GOLD classificatie (vanaf de 1^e behandeling)

Jouw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen. **Let op:** voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.

vanaf 21^e behandeling

Jouw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen

geen vergoeding

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 (KRF) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

2. Oedeemtherapie:

oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio)therapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF) 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).

3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck:

oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een gespecialiseerde oefentherapeut.

Een gespecialiseerde oefentherapeut is een kinderoefentherapeut, bekkenoefentherapeut of een geriatrie-oefentherapeut.

De (gespecialiseerde) oefentherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Heb je de ziekte van Parkinson en heb je fysio- of oefentherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kun je terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Je 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:

- je aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder jouw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

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

Heb je gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) nodig voor de behandeling van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen)?

Dan kun je terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij het landelijke netwerk ClaudicatioNet. Je bent dan verzekerd van goede zorg.

Zorgaanbieders aangesloten bij ClaudicatioNet zijn specifiek opgeleid om zorg en deskundige begeleiding te leveren voor de behandeling van etalagebenen.

Hierdoor krijg je:

- een optimale looptraining waarbij rekening wordt gehouden met eventuele andere beperkingen die het lopen kunnen belemmeren;
- deskundige begeleiding en advies om een zo goed mogelijk resultaat te behalen met de looptraining.

Kijk voor meer informatie over ClaudicatioNet op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysio- of oefentherapie voor de behandeling van de ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij Parkinson-Net. Voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) voor de behandeling van etalagebenen hebben wij alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ClaudicatioNet.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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.

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig als je behandeld wordt voor:

- een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering);
- gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht;
- gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease (COPD)
- Je hebt een verklaring nodig van jouw huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts of medisch specialist waaruit blijkt dat je behandeld moet worden voor een van de genoemde aandoeningen. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 28. Logopedie

Omschrijving

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

Je hebt geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

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

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.

De volgende logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in het relevante deelregister van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):

- Afasie;
- Hanen-ouderprogramma;
- 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.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 jouw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 29. Ergotherapie

Omschrijving

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

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.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 30. Diëtetiek

Omschrijving

Jouw recht op diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel hebt, 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 als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer je diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma hebt en je ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 13, dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma 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 vind je op onze website.

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

Artikel 31. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Omschrijving

Je hebt recht op gecombineerde leefstijlinterventies gericht op gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en gedrag om verandering van gedrag te ondersteunen.

Je hebt geen recht op:

- Vergoeding van de kosten van een fitnessabonnement, inschrijving sportclub, sportkleding;
- Vergoeding van kosten van een individuele psychologische behandeling. Zie artikel 25 en 26 voor de vergoeding van geestelijke gezondheidszorg;
- Vergoeding van de kosten voor diëtetiek. Zie artikel 30 voor de vergoeding van diëtetiek.

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

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder voor gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

- je hebt alleen recht op deze zorg vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR), volgens de indicatiecriteria uit de NHG richtlijn Obesitas en de zorgstandaard Obesitas;
- het moet gaan om een gecombineerde leefstijlinterventie die als effectief is opgenomen in de database van het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Artikel 32. Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen

Omschrijving

Je hebt recht op elektrische epilatie en/of laserbehandeling van de baard (gezicht en hals).

Wanneer heb je recht op elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen?
In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vind je een nadere toelichting wanneer je recht hebt op deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg) verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. Je vindt deze werkwijzer op onze website.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De zorg mag ook verleend worden door een huidtherapeut. De huidtherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

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

Toestemming

Je hebt onze toestemming nodig als je meer dan in totaal 10 sessies elektrische epilatie en/of laserbehandeling nodig hebt.

De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

Je hebt geen recht op epilatie van romp en ledematen.

Mondzorg

Artikel 33. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

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

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

Ben je jonger dan 23 jaar? Dan heb je recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van 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 je de leeftijd van 18 jaar hebt bereikt.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdandverzorging.

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

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

Toestemming

Je hebt 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.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Bijzondere tandheelkunde

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

34.1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

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

1. als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
2. als je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;

3. als je een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als je 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag van de uitgevoerde behandelingen die in rekening mogen worden gebracht maar geen deel uitmaken van de 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

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.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je 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.

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die is lid van de NVA;

- er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
- er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
- het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
- bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

Je vindt deze centra op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

34.2 Orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

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

1. als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;

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

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als je 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere orthodontische hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag van de uitgevoerde behandelingen die in rekening mogen worden gebracht maar geen deel uitmaken van de orthodontische 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

Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je 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.

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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

Je vindt deze centra op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

34.3 Tandheelkundige implantaten

Omschrijving

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

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

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 vind je 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.

Heb je een behandeling onder (luchgas)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 is lid 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 (luchgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

Je vindt deze centra op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 35. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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.

Artikel 36. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

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

Je hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Eigen bijdrage

Je bent een 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 jouw gebitsprothese;
- 17% van de kosten voor de combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een normale gebitsprothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage (gebits)prothese

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

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als je een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt, zie artikel 34.3.

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. De tandprotheticus mag de gebitsprothese op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Jouw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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. Je hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
 - b. als je jouw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
 - c. als je jouw immediaatprothese binnen een half jaar wilt vervangen;
 - d. als de techniek- en materiaalkosten hoger zijn dan ons maximumbedrag.

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

De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Farmaceutische zorg

Artikel 37. Geneesmiddelen

Omschrijving

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

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

Geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Je vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je aan deze voorwaarden voldoet. Je vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in [bijlage 2](#) van de Regeling zorgverzekering. Voor de meest actuele tekst van bijlage 2 verwijzen wij je naar <https://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.

Medische noodzaak

Naast merkgeneesmiddelen (*spécialités*) zijn er ook merkloze geneesmiddelen (generieken) met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheek bepaalt welke variant (merk) van een geneesmiddel hij meegeeft. Alleen wanneer de voorschrijver op het recept aangeeft dat een specifieke variant (of specifiek merk) om medische redenen voor jou noodzakelijk is, heb je recht op vergoeding van die specifieke variant.

Zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers

Je hebt recht op zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers als je deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. Je hebt van zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in

bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor jouw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor jou geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Je hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

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

Je hebt geen recht op:

- farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel tenzij door de minister van VWS anders is bepaald;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief in de vrije verkoop bestaat.

Eigen bijdrage

Je bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen je een eigen bijdrage moet betalen. De eigen bijdrage wordt door ons, tot maximaal € 250 per kalenderjaar, met jou verrekend. Als je moet bijbetalen voor een medicijn, dan telt deze eigen bijdrage niet mee voor jouw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. Je kunt voor informatie ook terecht bij jouw apotheker.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Houd 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 vind je op onze website.

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

Voorschrijver

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

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 heb je vooraf onze toestemming nodig. Je vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. Voor het aanvragen van toestemming kan jouw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

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

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

Bijzonderheden

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.

Anticonceptiemiddelen

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

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

Artikel 38. Dieetpreparaten

Omschrijving

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

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

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

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 vind je op onze website.

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

Toestemming

Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan jouw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan de door jouw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Jouw zorgaanbieder beoordeelt of je voldoet aan de voorwaarden. Als je om privacyoverwegingen dit formulier niet bij jouw zorgaanbieder wilt inleveren, dan kun je ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

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 39. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

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

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvang je in eigendom. Krijg je het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van jou. Andere hulpmiddelen ontvang je in bruikleen. Bruikleen betekent dat je het hulpmiddel kunt gebruiken zolang je hierop bent aangewezen en zolang je bij ons bent verzekerd. Je sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin jouw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kun je alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vind je de volgende informatie:

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

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

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

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

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

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

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

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Betreft het een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 73% 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 vind je of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vind je voor welke hulpmiddelen je vooraf toestemming nodig hebt. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

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

Verblijf in een instelling

Artikel 40. Verblijf

Omschrijving

Je hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 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.

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.

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

Ga je naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 35, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

Je hebt vooraf alleen onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 16), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en mondzorg (artikel 34 en 35) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

Bijzonderheden

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.

Ziekenvervoer

Artikel 41. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving

Je hebt recht op:

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

Je hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. je moet nierdialyses ondergaan;
- b. je moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie ondergaan;

- c. je kunt je uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. jouw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. je bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg, zoals genoemd in artikel 17.2;

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

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

- f. je bent jonger dan 18 jaar en je 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. je bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor jou leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

Wanneer kun je een beroep doen op de hardheidsclausule?

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

Dan kun je een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als 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 je bent aangewezen op vervoer zoals opgenomen in dit artikel in lid 2 en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan Besured op jouw verzoek een vergoeding voor kosten van logeren verstrekken in plaats van een vergoeding voor kosten van vervoer.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 105 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 zittend ziekenvervoer verzorgen

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

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

Maak je gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je 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 zittend ziekenvervoer zoals vermeld onder omschrijving, punt 2e heb je een voorschrift van de kinderarts nodig. Je hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

Je hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. Je kunt deze toestemming aanvragen met het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer. Dit formulier vind je op onze website.

Toestemming voor zittend ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie kun je ook telefonisch aanvragen. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Bijzonderheden

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

Zorgbemiddeling

Artikel 42. Zorgadvies en bemiddeling

Omschrijving

Je hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. Je kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Medisch Advies. Kijk voor het telefoonnummer op onze website..

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

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

3. Begripsomschrijvingen

Acute zorg

Acute zorg, ofwel cruciale zorg, is zorg die is opgenomen in het Besluit beschikbaarheid-bijdrage Wmg. Het betreft ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisis-opvang GGZ. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd.

Besured Ruime Keuze

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

BINKZ

BINKZ staat voor Branchevereniging Integrale KindZorg en is de branchevereniging voor zorgorganisaties die gespecialiseerd zijn in verpleegkundige kindzorg buiten het ziekenhuis.

CAK

Centraal Administratie Kantoor, zelfstandig bestuursorgaan.

CAK Volmacht B.V.

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

Collectieve overeenkomst

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

Diagnose-behandelcombinatie (dbc)

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

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Europese Unie en EER-lidstaat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, 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 als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling

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

Je/jij/jou

Verzekeringnemer en/of verzekerde.

KNMG

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

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit.

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 jou wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Verblijf

Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

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

Verzekeringsplichtige

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

Verzekeringsvoorwaarden Besured Ruime Keuze / Verzekeringsvoorwaarden

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

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

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

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg

Zorg of overige diensten.

Zorgaanbieder

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

Zorgartikel

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

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, de

IptiQ Life S.A., met een Nederlandse vertegenwoordiging, gevestigd te Capellalaan 65, 2132 JL Hoofddorp. IptiQ Life S.A. is een naamloze vennootschap (société anonyme) opgenomen en geregistreerd in Luxemburg. Geautoriseerd door het Commissariat aux Assurances. Statutaire zetel: 2a, rue Albert Borschette, L-1246 Luxembourg. R.C.S. Luxembourg B 184281.

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.