

Verzekeringsvoorwaarden Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (Zorgverzekering Restitutie) en Aanvullende Verzekeringen

Geldig vanaf 1 januari 2011

delta lloyd



Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering Restitutie

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2011

De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen

INDEX

TOELICHTING VERZEKERINGSVOORWAARDEN	6
=====	7
HOOFDSTUK A	7
ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	7
=====	7
A.0. OPENINGSARTIKEL	7
A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	7
A.2. BASIS VAN UW VERZEKERING	16
A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING	17
A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING	17
A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	18
A.6. WANNEER BEËINDIGEN WIJ DE VERZEKERING?	19
A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN	19
A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN	20
A.9. BETALINGSACHTERSTAND	20
A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING	21
A.11. VERANDERING VAN PREMIEGRONDSLAG	22
A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	22
A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	23
A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN	23
A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE	24
A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE	25
A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN	25
A.18. NOTA	26
A.19. DEKKING	26
A.20. VERGOEDING	26
A.21. TARIEVEN	27
A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING	27
A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER	27
A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN	28
A.25. GESCHILLEN	28
A.26. KLACHTEN	29
A.27. NEDERLANDS RECHT	29
A.28. WAT ALS SITUATIE NIET IN VERZEKERINGSVOORWAARDEN IS GEREGLD?	29
=====	30
HOOFDSTUK B	30
BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING	30
=====	30
B.0. OPENINGSARTIKEL	30
B.1. RECHT OP ANDERE ZORG	30
B.2. BUITENLAND	30
B.3. HUISARTSENZORG	31
B.4. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN	32
B.4.1. Ziekenhuisopname	32
B.4.2. Medisch specialistische zorg zonder opname	33
B.4.3. Verpleging zonder opname	34
B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard	34
B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING	35
B.5.1. Verloskundige zorg	35
B.5.2. Echoscopie	35
B.5.3. Prenatale screening	35
B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg	36
B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING	36

B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG	36
B.8. REVALIDATIE	37
B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE	38
B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME	39
B.11. MECHANISCHE BEADEMING	39
B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN	40
B.13. TROMBOSEDIENT	40
B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISERING	40
B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG	41
B.16. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK	41
B.17. ERGOTHERAPIE	42
B.18. LOGOPEDIE	43
B.19. DIEETADVISERING	43
B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	43
B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR	45
B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER	46
B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN	47
B.23.1. Geneesmiddelen algemeen	47
B.23.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen	50
B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen	50
B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt	51
B.23.5. Dieetpreparaten	51
B.24. HULPMIDDELENZORG	52
B.25. ZIEKENVERVOER	53
B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance	53
B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)	54
B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)	55
B.27. SPECIALISTISCHE GGZ	56
B.28. DYSLEXIEZORG	58
B.29. PREVENTIE	58
=====	60
HOOFDSTUK C	60
ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	60
..... 60	60
=====	60
C.0. OPENINGSARTIKEL	60
C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	60
C.2. BASIS VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING EN NIET-ZORGVERZEKERING	64
C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING	64
C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING	64
C.5. VERZWIJGING	64
C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	65
C.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN	65
C.8. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING	66
C.9. EIGEN RISICO	66
C.10. VERGOEDING	66
C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN	67
C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN	68
=====	72
HOOFDSTUK D	72
BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	72
=====	72
D.0. OPENINGSARTIKEL	72
D.1. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	72
D.1.0. Medisch specialistische zorg algemeen	72
D.1.1. Sterilisatie	72

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie.....	73
D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)	73
D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)	73
D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)	74
D.1.6. Correctie van bovenoogleden	74
D.1.7. Cosmetische behandelingen.....	75
D.1.8. Behandeling tegen snurken	75
D.1.9. Vervanging van borstprothese	75
D.2. PREVENTIE.....	76
D.2.1. Preventieve inenting.....	76
D.2.2. Preventieve onderzoeken	76
D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland	77
D.2.4. Medische screening bij adoptie.....	78
D.2.5. Consulten voor vrouwen	78
D.2.6. Sportmedisch advies.....	78
D.2.7. Voedingsadvies.....	79
D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's.....	79
D.2.9. Contributie patiëntenvereniging	80
D.3. GENEESMIDDELEN.....	80
D.3.1. Geneesmiddelen algemeen	80
D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen.....	81
D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen	81
D.3.4. Overige geneesmiddelen	81
D.3.5. Anticonceptiemiddelen	82
D.4. HULPMIDDELENZORG	82
D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen	82
D.4.2. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen	83
D.4.3. Verbandschoenen	84
D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking	84
D.4.5. Hoortoestellen	84
D.4.6. Plaswekker.....	85
D.4.7. Gezichtshulpmiddelen.....	85
D.4.8. Steunzolen	85
D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling.....	86
D.4.10. Thuisbewakingsmonitor	86
D.4.11. ADL-Hulpmiddelen	86
D.4.12. Verzorgingsartikelen	87
D.4.13. Huur hulpmiddelen	87
D.4.14. Steunpessarium	87
D.4.15. Teststrips diabetespatiënten	88
D.4.16. Persoonsalarmering.....	88
D.4.17. Condooms.....	88
D.4.18. Braces en bandages	89
D.4.19. Allergeenvrije schoenen.....	89
D.5. PARAMEDISCHE ZORG.....	89
D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck	89
D.5.2. Ergotherapie.....	90
D.5.3. Instructie mantelzorgers.....	90
D.5.4. Dieetadvisering	90
D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	90
D.6.1. Herstel & Balans	90
D.6.2. Eerstelijns psychologische zorg.....	91
D.6.3. Inloophuizen.....	91
D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie	91
D.6.5. Traumaverwerking	92
D.7. ALTERNATIEVE ZORG.....	92

D.7.1. Alternatieve Behandelingen	92
D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen	93
D.8. MONDZORG	93
D.8.1. Mondzorg algemeen	93
D.8.2. Kronen, bruggen en inlays	94
D.8.3. Gebitsprotheses	94
D.8.4. Overige mondzorg	94
D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)	95
D.9. KUURBEHANDELING	95
D.10. HUIDTHERAPIEËN	96
D.10.1. UV-B lichtapparatuur	96
D.10.2. Ontharing	96
D.10.3. Acnebehandeling	96
D.10.4. Camouflagetherapie	97
D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG	97
D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen	97
D.11.2. Eigen bijdragen	98
D.11.3. Kraamzorguitkering	98
D.11.4. Extra kraamzorg	99
D.11.5. Couveuse nazorg	99
D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname	99
D.11.7. Reiskosten gezonde moeder	100
D.11.8. Kraamzorg bij adoptie	100
D.11.9. Lactatiekundige zorg	101
D.11.10. TENS bij bevalling	101
D.11.11. Prenatale screening	101
D.12. OVERIGE THERAPIEËN	102
D.12.1. Stottertherapie	102
D.12.2. Obesitas behandeling	102
D.12.3. Algemene voetbehandeling	102
D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen	103
D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen	103
D.13. VERBLIJF EN VERVOER	104
D.13.1. Therapeutisch kamp	104
D.13.2. Logeerkosten	104
D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse	104
D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname	105
D.13.5. Zittend ziekenvervoer	106
D.13.6. Herstelingsoord	107
D.13.7. Eigen bijdrage hospice	107
D.13.8. Ondersteuning thuissituatie	107
D.13.9. Kinderopvang	108
D.13.10. ZorgTV	108
D.13.11. Reiskosten ouders	108
D.13.12. Bezoekkosten	109
D.14. BUITENLANDZORG	110
D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	110
D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	111

TOELICHTING VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Dit boekje bevat de Verzekeringsvoorwaarden van onze verzekeringen. Het zijn de algemene voorwaarden die horen bij de verzekeringsovereenkomst(en) die u met ons hebt gesloten. Deze juridische teksten hebben we in een aantal gevallen voorzien van voorbeelden en toelichtingen. Daardoor zijn die teksten gemakkelijker te lezen en te begrijpen. Die voorbeelden en toelichtingen staan per artikel in de Toelichting Verzekeringsvoorwaarden. U kijkt eerst bij het artikelnummer in de Verzekeringsvoorwaarden en kijkt daarna in de Toelichting Verzekeringsvoorwaarden bij hetzelfde artikelnummer of er een uitleg / verduidelijking is. Niet voor alle artikelen uit de Verzekeringsvoorwaarden is een toelichting of uitleg opgenomen. De Toelichting Verzekeringsvoorwaarden kunt u ook vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

=====

HOOFDSTUK A

ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

A.0. OPENINGSARTIKEL

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

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

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de hoofdverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;

- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

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

Aanvullende verzekering

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

Akkoordverklaring

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

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

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

Ambulance

Een motorvoertuig dat ingericht en bestemd is voor het liggend vervoer van zieken en gewonden. In dat motorvoertuig is voldoende opgeleid en bekwaam personeel aanwezig.

Apotheek

De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden en waar een apotheker werkzaam is. De Inspectie voor de gezondheidszorg moet hebben vastgesteld dat het een apothek is volgens de geldende normen. Alle apotheken die aan de normen voldoen, kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens artikel 61 lid 10 of 11 van de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen te leveren.

Apotheker

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

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt en die geregistreerd is als huisarts of medisch specialist.

Arts verstandelijk gehandicapten

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

Audiologisch centrum

Een zorginstelling die volgens de wet audiologische zorg mag verlenen.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een volksverzekering; deze verzekert Nederlanders tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om erg dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Beademingscentrum

Een zorginstelling die volgens de wet medisch specialistische zorg (beademing) mag verlenen.

Bedrijfsarts

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

Behandeling

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bevalling

Het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland.

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg. Bij de praktijk werken één of meerdere tandartsen, mondhygiënisten of andere bevoegde zorgverleners.

Collectieve overeenkomst

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

Collectieve verzekering

De verzekering die u bij ons kunt afsluiten als wij een collectieve overeenkomst hebben gesloten met uw werkgever of belangenvereniging. Dankzij deze overeenkomst hebt u bepaalde voordelen die u niet zou hebben als u individueel verzekerd zou zijn.

Dagbehandeling

Een behandeling die korter duurt dan 24 uur.

Diabeteszorggroep

Organisatie in de eerstelijns die diabeteszorg levert voor patiënten met diabetes type 2 (de patiënten hebben geen complicaties).

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

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

Dialysecentrum

Een zorginstelling die aan de gestelde vereisten voldoet en derhalve medisch specialistische zorg in de vorm van nierdialyse mag verlenen.

Diëtist

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

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

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt is, maar die u gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen

bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Eigen risico

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u zelf moet betalen tot aan een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Hebt u het eigen risico al helemaal betaald? Dan hebt u recht op (vergoeding van) zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is altijd sprake van een verplicht eigen risico. Er kan daarnaast sprake zijn van een vrijwillig gekozen eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

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

Fysiotherapeut

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

Geboortekliniek

Zie "kraamhotel".

Geneesmiddelen

De geneesmiddelen en dieetpreparaten die in het Besluit zorgverzekering worden beschreven als vallende onder farmaceutische zorg.

Het betreft:

- geregistreerde geneesmiddelen die bij ministeriële regeling en door ons zijn aangewezen;
- de in het Besluit zorgverzekering genoemde geneesmiddelen op basis van rationele farmaco-therapie;

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Deze geneesmiddelen en dieetpreparaten hebben wij aangewezen en opgenomen in onze verzekeringsvoorwaarden en lijsten met geneesmiddelen.

Geriatrisch fysiotherapeut

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

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

GVS (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem deelt geneesmiddelen in groepen in die onderling vervangbaar zijn. Per groep geldt een maximale vergoeding. Als de prijs van uw geneesmiddel hoger is, betaalt u zelf het verschil. Uitgangspunt is dat u deze eigen bijdrage kunt vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een lagere prijs.

Hoofdverzekering

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

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen uit de lijst hulpmiddelen die in de Regeling zorgverzekering is vastgesteld en waarover in ons Reglement Hulpmiddelen andere eisen voor akkoordverklaring, gebruiktermijnen en voorschriften over hoeveelheden staan.

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering

der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de huisarts, Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

Huisartsendienstenstructuur

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

Huisartsenpost

De locatie waar de huisartsen, die zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur, in de avond, nacht, het weekeinde en op feestdagen spoedeisende huisartsenzorg verlenen.

Instelling voor medisch specialistische zorg

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

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

Instelling voor revalidatie

De instelling zoals bedoeld in wet- en regelgeving, waar revalidatie plaatsvindt.

In-vitrofertilisatiepoging

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

- het bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw door hormonale behandeling;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer kernen plaatsen van één of

twee embryo's in de baarmoederholte om zwanger te worden.

Jaar

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

Jeugdarts

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

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamhotel / kraamcentrum

Een instelling, die wettelijk als instelling voor verloskundige zorg is toegelaten, waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen, met haar verloskundige terecht kan voor de bevalling zonder medische indicatie en eventueel vervolgens kraamzorg krijgt. Deze bevalling is gelijkgesteld aan een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie.

Kraamzorg

De zorg voor moeder en kind door de kraamhulp bij de verzekerde moeder thuis. De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder, niet voor anderen zoals bijvoorbeeld een adoptiemoeder. De kraamhulp is verbonden aan een kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat gedaan wordt door een laboratorium in verband met een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet een tariefbeschikking hebben ontvangen, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Logopedist

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

Maand

Kalendermaand.

Manueel therapeut

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

Marktconform tarief

Tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend / gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners niet onredelijk hoog is. We bedoelen een bedrag gelijk aan het tarief dat wij voor die zorg hebben afgesproken met zorgverleners. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken, dan baseren we ons op prijzen die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend en gebruikelijk zijn.

(Medisch) adviseur

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

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling die door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende getest en betrouwbaar is en daardoor is erkend.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der

Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Onder medisch specialist verstaan we ook de verloskundige die namens de gynaecoloog verrichtingen in het ziekenhuis uitvoert.

Medisch specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen die het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid” stelt. Deze vrijgevestigde mondhygiënist oefent voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uit.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Deze autoriteit:

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

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een universitair denken werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten. Deze verpleegkundige heeft de HBO Masters opleiding “advanced nursing practice” met succes afgerond.

Oedeemfysiotherapeut

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ombudsman Zorgverzekeringen

De organisatie die klachten van verzekerden behandelt. De organisatie bemiddelt hierbij tussen u en ons, tenzij in de wet of een (andere) overeenkomst is geregeld dat er een andere klachtenregeling geldt. De Ombudsman Zorgverzekeringen is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het adres staat in de kافت van deze Verzekeringsvoorwaarden onder het deel “Adressen”.

Ongeval

Onder een ongeval verstaan wij:

- a. een plotselinge uitwendige, onvrijwillige inwerking van geweld op het lichaam;
- b. bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- c. verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van een ziekte) en verbranding die niet door natuurlijke of kunstmatige bestraling is ontstaan;
- d. acute vergiftiging en de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging na verwonding door een ongeval;
- e. besmetting door een onvrijwillige val in het water of een andere stof;
- f. uitputting, verhongering en verdorping door bijvoorbeeld schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing, invriezing;
- g. verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door een plotselinge, blijkbaar te grote, krachtsinspanning.

Onder een ongeval verstaan wij niet:

- a. ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia;
- b. geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Opname

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

Orthodontist

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

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding “physician assistant” met succes heeft afge-

rond. Deze zorgprofessional ondersteunt de arts in zijn werk, onder andere bij het uitvoeren van de meer routinematig geneeskundige handelingen. De zorgprofessional en de arts hebben een samenwerking waarbij zij elkaar aanvullen. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts.

Polis

Het bewijs van verzekering dat u van ons ontvangt. Hierop staat onder andere de datum waarop uw hoofdverzekering en eventueel aanvullende verzekering ingaat en de soort aanvullende verzekering die u hebt afgesloten.

Podotherapeut

Degene die op grond van zijn HBO-opleiding Podotherapie de titel van podotherapeut mag voeren zoals artikel 34 van de Wet B.I.G. bepaalt. De podotherapeut is lid van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner werkt in de huisartsenpraktijk en richt zich op het (geprotocolleerd) uitvoeren van huisartsentaken. Hierdoor worden de taken van de huisarts verlicht en kan de zorg aan (groepen van) patiënten verbeterd worden. De praktijkondersteuner voert de taken uit onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Premiegrondslag

De brutopremie voor uw verzekering(en) zonder rekening te houden met eventuele kortingen (bijvoorbeeld doordat u een collectieve verzekering(en) hebt of een vrijwillig eigen risico).

Preventie

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

Prothese

Hulpmiddel dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychiater/zenuwarts

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

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychotherapeut

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

Rationele farmacotherapie

Dit is een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

Reglement Hulpmiddelen

Wij hebben een Reglement Hulpmiddelen opgesteld. Hierin hebben we de verzekeringsvoorwaarden opgenomen voor de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke eisen die wij stellen per hulpmiddelengroep.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst. U kunt het raadplegen via onze website of bij ons opvragen.

Revalidatie

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

Schriftelijk

Door middel van een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie zelf begrijpelijk, bewaarbaar en reproduceerbaar is. Hebt u een verzekering via internet afgesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling.

De volgende voorwaarden gelden:

- a. de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied.

- b. u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.

Specialistische GGZ

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Spoedeisend

Medisch niet verantwoord om het verlenen van zorg uit te stellen.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Trombosedienst

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

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is:

- a. de volgende staten waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Ma-

cedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije;

- b. andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- c. een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- d. Zwitserland.

Verdragsverzekerde

De Nederlands ingezetene, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU of EER, van Zwitserland, of van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G. Onder verloskundige verstaan we ook de verloskundig actieve huisarts.

Verpleging thuis in verband met medische specialistische zorg thuis

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

Verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan u om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is geen verwijzing nodig.

Verzekerde

Degene voor wie zorg en/of kosten van zorg zijn verzekerd. De verzekerde staat als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving vermeld. De verzekerde heeft recht op verzekerde zorg en/of vergoeding van de verzekerde kosten. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekering

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

- a. hoofdverzekering;

b. aanvullende verzekering.

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

Verzekeringnemer

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

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke zorg, onderzoek, behandeling of therapie de verzekerde om medisch professionele redenen nodig heeft.

Werknemer

Degene die bij het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten of bij de rechtspersoon die daarmee in concernverband is verbonden :

- a. in dienstverband voor bepaalde of onbepaalde tijd werkzaam is; of
- b. die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, met een werknemer is gelijkgesteld.

Wet B.I.G.

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

Werkgebied

Het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- a. Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:

Het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:

- 1) de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte en
 - 2) de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- b. Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland:

Het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:

- 1) de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
- 2) de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.

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

Zitting

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

Zorgaanvraag

Aanvraag voor zorgadvies.

Zorgadvies / zorgadvisering

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

Zorgverlener

De persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen of bevoegd is genees- en hulpmiddelen te leveren.

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Zorgverzekering

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

Zorgverzekeringswet

De wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg.

A.2. BASIS VAN UW VERZEKERING

A.2.1. Basis

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

A.2.2. Verzekeringsplicht

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

A.2.3. Basis van verzekeringen

Uw verzekering is gebaseerd op:

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

A.2.4. Basis van zorgverzekering

De zorgverzekering is verder ook gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;
 - het Besluit zorgverzekering;
 - de Regeling zorgverzekering;
 - de toelichtingen op deze wet- en regelgeving.
- Als er een verschil bestaat tussen deze Verzekeringsvoorwaarden en de wet, gaat de wet voor.

A.2.5. Informatie van derden

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

A.2.6. Contractspartij

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

A.2.7. Controle van de polis

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

A.2.8. Het polispasje

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

A.2.9. Geldige verzekeringsvoorwaarden

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

A.2.10. Andere taal

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

A.2.11. Verandering

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

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

het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe polis ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

Hebt u een verzekering via internet bij ons afgesloten dan vindt u de nieuwe polis, verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzicht op onze internetsite. Wij brengen u in dat geval via e-mail van de verandering op de hoogte.

A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING

A.3.1. Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en is een zogenaamde “restitutieverzekering”. Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg. U hebt verder ook recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

A.3.3. Gecontracteerde zorgverleners

Wij hebben met zorgverleners overeenkomsten gesloten om van hen zorg te kunnen ontvangen. In die overeenkomsten hebben we afspraken gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij u die zorg kunnen verlenen. Ook hebben wij afgesproken dat zij de nota's rechtstreeks naar ons toesturen. Als u voor een bepaalde behandeling een eigen risico of eigen bijdrage moet betalen of als een behandeling niet onder de dekking van uw verzekering valt, dan sturen wij u de nota daarvan. U betaalt die nota rechtstreeks aan ons. Wij hebben een lijst gemaakt van alle zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. Die kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

A.3.4. Niet gecontracteerde zorgverleners

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij

aan u ook gewoon een vergoeding van de kosten van de zorg. . In deze verzekeringsvoorwaarden geven wij aan hoeveel wij u vergoeden.

A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING

A.4.1. Ingangsdatum

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

A.4.2. Verzoek tot wijziging

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

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

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

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

A.4.4. Verzekeringsduur

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

A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

A.5.1. Herroepen van uw verzekering

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

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

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

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

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

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

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

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

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

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

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

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

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

A.5.5. Bij verandering van werkgever

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

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

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

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

A.5.7 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.5., en A.5.6.

hebben aangegeven, gelden niet in het volgende geval:

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

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

A.6. WANNEER BEËINDIGEN WIJ DE VERZEKERING?

A.6.1. De wet eist beëindiging van uw verzekering

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

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

A.6.2. De wet eist beëindiging van uw zorgverzekering

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

- a. ons werkgebied verandert en u (verzekerde) daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- b. uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de AWBZ verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan op de hoogte brengen.

A.6.3. U bent onrechtmatig ingeschreven

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

A.6.4. Fraude

U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij, als wij de waarheid hadden geweten, geen verzekering hebben gesloten. Binnen twee maanden na ontdekking hebben wij het recht uw verzekering per direct te beëindigen. We hebben ook het recht om kosten van onderzoek op u te verhalen.

A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN

A.7.1. Kosten

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

- a. de premie;
- b. eigen bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen;
- c. bedragen die wij u bij rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- d. eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

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

A.7.2. Vaststelling

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

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd onder artikel A.7.1. onder a. en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag waarvan de volgende kortingen als die van toe-

passing zijn, worden afgetrokken:

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

A.7.4. Premie en kosten voor een zorgverzekering tot 18 jaar

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

A.7.5. Premie en kosten tijdens hechtenis of gevangenschap

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

A.7.6. Premie en kosten als uw verzekering wijzigt

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

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

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

A.7.8. Premie als u ten onrechte niet verzekerd bent

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

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

A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN

A.8.1. Aansprakelijkheid

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

A.8.2. Vooruit betalen

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

A.8.3. Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u ons verschuldigd bent in een Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) betalen.

A.8.4. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u de verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling of een premienota. Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling.

A.8.5. Verrekening

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

A.9. BETALINGSACHTERSTAND

A.9.1. Eerste aanmaning en opschorting van de dekking

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

- a. wij sturen u een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen;

- b. betaalt u na ontvangst van de aanmaning nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op dekking van zorg (schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste instantie had moeten betalen. Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft uw betalingsverplichting bestaan. U hebt weer recht op dekking vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen bij ons binnen zijn.

A.9.2. Tweede aanmaning en beëindiging

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

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

A.9.3. Verdragingschade

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

A.9.4. Inning door College voor zorgverzekeringen

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

A.9.5. Aflossen schuld

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

- u lost altijd eerst de schuld af van uw hoofdverzekering die u bij ons hebt gesloten en pas daarna de schuld van uw aanvullende verzekering(en);
- van een verzekering lost u eerst het langst

openstaande deel van uw schuld af. Als de openstaande schuld bestaat uit bedragen uit meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald, kunt u de schuld niet splitsen. De schuld moet in zijn geheel betaald worden.

A.9.6. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons hebt afgesproken premie en kosten over een langere betalingsperiode vooruit te betalen dan één maand en daarvoor betaaltermijnkorting krijgt, maar u niet hebt betaald binnen veertien dagen na de eerste aanmaning, kunnen we voor de verzekeringen waar u verzekeringnemer voor bent uw betalingsperiode omzetten naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het vervallen van de betaaltermijnkorting geeft u geen recht om uw verzekering op te zeggen.

A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

A.10.1. Schuld over een beëindigde verzekering

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

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen we de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf,

overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. VERANDERING VAN PREMIE-GRONDSLAG

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

A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.12.1. Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 170,- voor een heel jaar. Dit betekent dat u de eerste € 170,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

A.12.2. Kosten die niet meetellen

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 170,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- a. De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.
- b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die apart in de polis zijn opgenomen.

c. De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.9.2.a. is verstreken.

d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:

1. een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
2. kosten die te maken hebben met:
 - a. de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - b. de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - c. de plaats van de praktijk of instelling.

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

e. De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:

1. u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
2. u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht heeft gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

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

f. De kosten van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;

g. Voor hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

A.12.3. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoor-

waarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico.

A.12.4. DBC

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

A.12.5. Als wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen

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

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

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

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 170,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico.

A.12.8. Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico

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

A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.13.1. Voorwaarden verplicht eigen risico gelden ook voor vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekerings-

voorwaarden.

A.13.2. Lagere premie bij vrijwillig eigen risico

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

A.13.3. Hoogte vrijwillige eigen risico

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar. Wanneer niets anders is afgesproken, is het vrijwillig eigen risico voor uw zorgverzekering € 0,-.

A.13.4. Als u 18 jaar wordt

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

A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

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

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, of onze controleur te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;

- f. ons binnen dertig dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- g. ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen dertig dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

a. Cessie: vorderingen aan ons overdragen

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

b. Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

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

c. Geen overeenkomsten met derden

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

d. Gevolgen

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

informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

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

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

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

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

- a. verhuizing, wijziging van postadres of ander communicatieadres;
- b. geboorte of adoptie;
- c. overlijden;
- d. echtscheiding;
- e. begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- f. begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- g. verandering van gezinsamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Actuele adres

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

A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste

A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE

A.16.1. Registratie van persoonsgegevens

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

A.16.2. Verwerking persoonsgegevens

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

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

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat:

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

men.

A.16.4. Materiële controle

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

A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN

A.17.1. Soorten zorgverleners

Bij alle zorgvormen noemen wij de soorten zorgverleners die de zorg mogen verlenen. Soorten zorgverleners die wij niet bij de desbetreffende zorgvorm noemen, mogen die zorg niet voor onze rekening verlenen. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking. Binnen de soorten zorgverleners die de zorg voor onze rekening mogen verlenen, hebben wij met bepaalde zorgverleners wel en met bepaalde zorgverleners geen contract. U mag naar zowel de zorgverleners met als zonder contract. U kunt in artikel A.21. lezen welk tarief geldt.

A.17.2. Afspraken

Als u naar een zorgverlener/instelling gaat, waarmee wij afspraken hebben gemaakt, kunt u er vanuit gaan dat de zorgverlener/instelling voldoet aan de eisen uit artikel A.17.2. Als u naar een zorgverlener gaat, waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt, moet de zorgverlener toch aan de eisen voldoen die in artikel A.17.2. staan.

A.17.3. Zorgverleners en zorginstellingen

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als zorgverleners en zorginstellingen aan bepaalde eisen voldoen:

- a. zij worden bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het vergoedingen overzicht uitdrukkelijk genoemd als zorgverlener;
- b. zij voldoen aan de eisen, wetten en regels die in Nederland, uw woonland of in het buitenland aan diens beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld;
- c. zij leveren de zorg zelf. Behandelingen kunnen ook worden verricht door niet-genoemde zorgverleners maar die handelen onder de verantwoordelijkheid van een zorgverlener die we wel hebben genoemd;

- d. zij declareren de kosten onder eigen naam;
- e. zij hebben voor uw zorgverzekering volgens de verzekeringsvoorwaarden, reglementen en de Zorgverzekeringswet met ons een overeenkomst voor het leveren van zorg gesloten. Voor andere verzekeringen dan uw zorgverzekering geldt deze eis niet, tenzij dat uitdrukkelijk als voorwaarde wordt gesteld.

Zorg door zorgverleners die we niet hebben genoemd maar wel bevoegd zijn die behandelingen te verrichten, vergoeden wij niet.

A.18. NOTA

A.18.1. Afspraken

Als wij met zorgverleners/instellingen afspraken hebben gemaakt, dienen zij nota's rechtstreeks bij ons in. Gaat u naar andere zorgverleners/instellingen, dan ontvangt u van hen de nota. Die dient u vervolgens bij ons in. Hierover leest u hierna meer.

A.18.2. Nota's

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

- a. nota's moeten:
 - 1) origineel zijn (geen kopie); of
 - 2) op voor computers leesbare gegevensdragers staan (bijvoorbeeld diskettes, tapes, CD-ROM's of DVD's); of
 - 3) via elektronische gegevensuitwisseling (e-mail of internet) bij ons aankomen (alleen als u een internet verzekering hebt);
- b. nota's hebben betrekking op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg of hulpmiddelen;
- c. wij hebben de nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend ontvangen;
- d. nota's zijn van u, de zorgverlener of zorginstelling afkomstig;
- e. nota's moeten zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen.

A.18.3. Nota's indienen

- a. Het kan voorkomen dat de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt. In dat geval moet u die originele nota volgens de wetgeving binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Stuurt u nota's la-

ter in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

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

A.18.4. Controle

Bij een internetverzekering moet u de papieren, originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19. DEKKING

Zorg valt onder de dekking van uw verzekering:

- a. als er medische of tandheelkundige noodzaak voor bestaat;
- b. als de zorg plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Gaat de nota over een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)? Als de ingangsdatum van de DBC binnen de looptijd van uw verzekering valt, dan vergoeden wij de kosten die met deze gehele DBC te maken hebben, ook al is uw verzekering niet meer geldig;
- c. als de zorg is genoemd of beschreven in uw verzekering;
- d. als de zorg feitelijk heeft plaatsgevonden. Wij vergoeden telefonische of elektronische behandelingen (via e-mail en/of Internet), als dit in de verzekeringsvoorwaarden bij de betreffende behandeling is aangegeven.

A.20. VERGOEDING

A.20.1. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

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

A.20.2. Omzetbelasting

Als u omzetbelasting in rekening wordt gebracht door een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, vergoeden wij ook deze omzetbelasting.

A.21. TARIEVEN

Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afsproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij onder andere tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.

c. Gedeclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit.

A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING

A.22.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

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

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

u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of deels onder de dekking van uw verzekering valt.

A.22.2. Doorlopende akkoordverklaring, verwijzing of recept bij verandering zorgverzekeraar

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

A.22.3. Mededelingen en toezeggingen

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

A.22.4. Geldigheidsduur

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

A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER

A.23.1. Rechtstreekse betaling van nota's aan de zorgverlener

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

aan u te vergoeden.

A.23.2. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Vergoeden wij de zorgaanbieder meer dan wij volgens de verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij er vanuit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgaanbieder hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen.

A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN

A.24.1. Algemeen

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

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

A.24.2. Geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende (kosten van) behandelingen vergoeden wij niet:

- a. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, bin-

nenlandse onlusten, oproer en mitterij, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd.

- b. terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit "terrorismerisico"). Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de (N.H.T.) heeft vastgelegd in het laatst geldende "polisblad terrorismedekking" van de N.H.T.

Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag:

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

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

A.24.4. Hechtenis of gevangenschap

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

A.25. GESCHILLEN

A.25.1. Verzoek om heroverweging van een beslissing

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de hoofdverzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.25.2. Naar de rechter of de geschillencommissie

- a. U gaat naar de bevoegde rechter als wij niet binnen vier weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- b. U kunt het geschil ook voorleggen aan de Ge-

schillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

A.26. KLACHTEN

A.26.1. Klacht bij raad van bestuur / directie

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. Maar doet u dat dan wel schriftelijk. De dagelijkse leiding van ons (raad van bestuur of directie) beslist over uw klacht en wij stellen u van de uitkomst op de hoogte.

A.26.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met de beslissing van onze dagelijkse leiding en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

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

A.26.3. Klacht over standaardformulieren

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

A.27. NEDERLANDS RECHT

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

A.28. WAT ALS SITUATIE NIET IN VERZEKERINGSVOORWAARDEN IS GEREGLD?

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

=====

HOOFDSTUK B

BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING

=====

B.0. OPENINGSARTIKEL

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

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

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

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

B.1. RECHT OP ANDERE ZORG

B.1.1. Andere zorg dan in verzekeringsvoorwaarden omschreven

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

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

B.1.2. Opname in andere dan verzekerde klasse

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

B.1.3. Begin en einde van recht op zorg

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

B.2. BUITENLAND

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

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

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een

zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

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

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

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een bevoegde zorgaanbieder of bevoegde zorginstelling. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.

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

Woont of verblijft u buiten Nederland in een land dat geen verdragsland is, dan hebt u recht op een vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.

B.2.4. Tarief en akkoordverklaring

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadviseur aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

- a. of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Zie ook de artikelen A.21. over tarieven en A.22. over zorgadvies en akkoordverklaring.

B.2.5. Bevoegde zorgverlener

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

B.3. HUISARTSENZORG

B.3.1. Omschrijving van de zorg

Huisartsenzorg omvat zorg die huisartsen plegen te bieden. Onder deze zorg vallen ook gezondheidsadviseur en onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek.

B.3.2. Voorwaarden

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten is verwijzing van de huisarts vereist.

Zorgverlener

- a. Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner, physician assistant). De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten wordt uitgevoerd door:
 - 1) een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
 - 2) een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
 - 3) een podotherapeut.

Plaats

- a. U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan we in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden.
- b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten kunt u ook krijgen in de praktijk van de podotherapeut, de pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) en de medisch pedicure.

B.3.3. Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van een MRI of verwijzing van een huisarts als wordt verwezen voor een indicatie die niet in de richtlijnen en standaarden voor huisartsen staat.

B.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.4. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN

B.4.0.1. Algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch specialistische zorg. De specialistische geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij niet hier maar in artikel B.27.

In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.20., B.21. en B.22.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- a. Ziekenhuisopname (met verblijf/klinisch) (artikel B.4.1.);
- b. Medisch specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch) (artikel B.4.2.);
- c. Verpleging zonder opname (artikel B.4.3.);
- d. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard (artikel B.4.4.).

B.4.0.2. Uitsluitingen

De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.1. tot en met artikel B.4.4.:

- a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwanger-

schap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Na een doorgaande zwangerschap of een levend geboren kind kan wel opnieuw recht ontstaan op IVF en de bijbehorende geneesmiddelen. Onder een doorgaande zwangerschap verstaan wij dan:

- een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, of

- een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van gecryopreserveerde embryo's, of
- een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap van tenminste twaalf weken, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;

- b. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- c. liposuctie van de buik;
- d. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
- e. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- f. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- g. sterilisatiebehandelingen;
- h. behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- i. een besnijdenis (circumcisie).

B.4.1. Ziekenhuisopname

B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);
- c. verblijf, verpleging en verzorging;
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

vallen niet onder dit artikel maar artikel B.4.4.

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

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

B.4.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

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

Zorgverlener

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

Plaats

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

B.4.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.4.2. Medisch specialistische zorg zonder opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;
- b. verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar artikel B.4.4.

B.4.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.
- b. Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.
- c. Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.
- d. Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- e. Voor preventieve voetzorg bij diabetes patiënten is verwijzing van de medisch-specialist vereist.

Zorgverlener

- a. Een medisch specialist verleent de zorg.
- b. Preventieve voetzorg bij diabetes patiënten wordt uitgevoerd door:
 - 1) een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
 - 2) een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiën-

ten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;

3) een podotherapeut.

Plaats

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

B.4.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.4.3. Verpleging zonder opname

B.4.3.1. Omschrijving van de zorg

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

B.4.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Plaats

De zorg vindt in de thuissituatie plaats.

B.4.3.3. Uitsluiting

U hebt geen recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met zorg in de laatste periode voor het overlijden (palliatieve terminale zorg). Op deze zorg hebt u recht op grond van de AWBZ.

B.4.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

B.4.4.1. Omschrijving van de zorg

Behandelingen die van plastisch-chirurgische aard zijn, omvatten zorg die medisch specialisten plegen te bieden, en zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

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

B.4.4.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

- a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.
- b. Als het gaat om een second opinion is een aparte verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde nodig.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Plaats

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

B.4.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING

B.5.1. Verloskundige zorg

B.5.1.1. Omschrijving van de zorg

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

B.5.1.2. Voorwaarden

Voorschrift

Bij een bevalling op medische indicatie voor moeder en/of kind in een instelling voor medisch specialistische zorg is een voorschrift van de verloskundige, huisarts of medisch specialist vereist.

Zorgverlener

De medisch specialistische verloskundige zorg wordt verleend door een medisch specialist. Bij een bevalling zonder medische indicatie wordt de zorg verleend door een verloskundige.

Plaats

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

B.5.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.5.2. Echoscopie

B.5.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een echoscopie.

B.5.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

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

Zorgverlener

- De echoscopie wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist.
- Als het gaat om het maken van een echoscopie en er is geen medische reden (indicatie) voor de zorg, dan kan de zorg ook worden verleend door een huisartsenlaboratorium.

Plaats

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

B.5.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.5.3. Prenatale screening

B.5.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat prenatale screening. Deze screening omvat:

- voor alle zwangere vrouwen de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; rond de twintigste week) en om de combinatie-test;
- voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) rond de twintigste week van de zwangerschap;
- voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatie-test (nekplooiemeting en serumtest);
- voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatie-test als er een medische indicatie bestaat.

B.5.3.2. Voorwaarden

Algemeen

De counseling, het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatie-test mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens deze wet. Zodra sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Verwijzing

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

Zorgverlener

- De prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts of (fysiologische) verloskundige.
- Een gynaecoloog of een bevoegde verloskundige voert een nekplooiemeting (onderdeel van

de combinatietest) uit.

- c. Als het gaat om het maken van een echoscopie in de vierde tot en met zesde maand van de zwangerschap of een serumbepaling (onderdeel van een combinatietest) tijdens de zwangerschap en er is geen medische reden (indicatie) voor de zorg, dan kan de zorg ook worden verleend door een huisartsenlaboratorium.

Plaats

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

B.5.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg

B.5.4.1. Omschrijving van de zorg

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

B.5.4.2. Voorwaarden

Zorgverlener

De inschrijving en intake worden gedaan door een kraamcentrum.

Plaats

De inschrijving en intake kunnen in het kraamhotel of bij u thuis (ook telefonisch) plaatsvinden.

B.5.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING

B.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) zoals verloskundigen en medisch specialisten die plegen te bieden. Als u thuis bevalt hoort daar ook de assistentie bij tijdens de bevalling (partusassistentie) gegeven op basis van het „Inhoudelijk Kader Partusassistentie“ tot maximaal het aantal uren zoals door de verloskundige volgens het "Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg" is vastgesteld. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze internet-site.

In artikel B.6.3. geven wij aan wat u zelf moet betalen, als deze zorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg wordt verleend.

B.6.2. Voorwaarden

Voorschrift

Bij een bevalling op medische indicatie voor moeder en/of kind in een instelling voor medisch specialistische zorg is een voorschrift van de verloskundige, huisarts of medisch specialist vereist.

Zorgverlener

De medisch noodzakelijke bevalling wordt verleend door een medisch specialist. Bij een bevalling zonder medische indicatie kan de zorg ook worden verleend door een verloskundige.

Plaats

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

B.6.3. Uitsluitingen

Als sprake is van een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak, moet u voor moeder en kind / kinderen een bedrag van € 15,50 per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage). Als er meer dan € 111,50 per persoon per dag wordt gevraagd, moet u het bedrag boven de € 111,50 ook zelf betalen.

B.6.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG

B.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

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

Kraamzorg thuis duurt ten hoogste acht dagen. Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren

per dag wordt volgens landelijke indicatieafspraken vastgesteld. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

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

Is sprake van een medische indicatie dan hebt u vanaf de dag van de bevalling ook recht op verblijf en medisch specialistische zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg zoals verloskundigen en medisch specialisten die plegen te bieden. Uw kraamzorg is inbegrepen in dat verblijf. Aan de hand van het aantal opnamedagen / verblijfdagen wordt uw aantal resterende uren / dagen kraamzorg vastgesteld. We trekken die verblijfdagen dan wel af van de kraamzorg.

In artikel B.7.3. staat wat u voor de kraamzorg zelf moet betalen. Als u vanaf de dag van de bevalling op grond van een medische indicatie verblijft in een instelling voor medisch specialistische zorg, hoeft u geen eigen bijdrage te betalen voor de tijd dat u daar kraamzorg ontvangt.

B.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

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

Voorschrift

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

Zorgverlener

De kraamzorg wordt verleend door:

- a. een instelling die door de wet erkend is (geboortekliniek of kraamcentrum); of
- b. een kraamverzorgende:
 - 1) in dienst van een instelling die de kraam-

zorg organiseert, en

2) die daarvoor alle diploma's heeft, en

3) die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol; of

- c. een zelfstandig gediplomeerd kraamverzorgende die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

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

Plaats

De zorg met medische indicatie vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg. De overige kraamzorg wordt in een instelling die door de wet erkend is (geboortekliniek of kraamhotel), op uw (tijdelijke) verblijfplaats of bij u thuis verleend.

B.7.3. Uitsluitingen

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

- a. voor kraamzorg thuis en kraamzorg zonder medische noodzaak in een geboortekliniek of kraamcentrum geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur;
- b. kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg moet u voor moeder en kind / kinderen een bedrag van € 15,50 per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage). Als er meer dan € 111,50 per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 111,50 ook zelf betalen.

U moet de kosten van het verblijf van moeder en kind in een kraamcentrum/geboortekliniek zelf betalen.

B.7.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.8. REVALIDATIE

B.8.1. Omschrijving van de zorg

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

- a. Verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht

wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;

- b. Deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.

B.8.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

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

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

Verwijzing

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

Zorgverlener

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

B.8.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE

B.9.1. Omschrijving van de zorg voor u

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

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

B.9.2. Omschrijving van de zorg voor de donor

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

- a. opname van deze donor voor de selectie of de

verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt een andere termijn, namelijk maximaal 6 maanden.

- b. vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer dat de donor nodig heeft in verband met:

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

Als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met de eigen auto of een taxi mogelijk.

- c. vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- d. kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont.

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

B.9.3. Voorwaarden

Algemeen

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

Verwijzing

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

Zorgverlener

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

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

B.9.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

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

B.9.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME

B.10.1. Omschrijving van de zorg

Dialyse (zonder opname) omvat:

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

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

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

B.10.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

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

Zorgverlener

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

Plaats

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

B.10.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.11. MECHANISCHE BEADEMING

B.11.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

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

B.11.2.1. Beademing in beademingscentrum

Als de beademing plaatsvindt in een beademingscentrum omvat de zorg:

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

B.11.2.2. Beademing bij u thuis

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

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

B.11.3. Voorwaarden

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een medisch specialist.

Zorgverlener

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

Plaats

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

B.11.4. Uitsluitingen

U hebt geen recht op de verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg zoals omschreven in artikel B.11.1.2. Op deze zorg hebt u recht op grond van de AWBZ.

B.11.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN

B.12.1. Omschrijving van de zorg

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

B.12.2. Voorwaarden

Zorgverlener/leverancier

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) verleent de zorg.

B.12.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.13. TROMBOSEDIENST

B.13.1. Omschrijving van de zorg

Zorg door de trombosedienst omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij u;
- de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- de apparatuur met toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten. De trombosedienst stelt deze apparatuur aan u ter

beschikking;

- de opleiding waarin u leert omgaan met de apparatuur waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- het advies door de trombosedienst over de toepassing van geneesmiddelen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

B.13.2. Voorwaarden

Voorschrift

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

Zorgverlener/leverancier

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Plaats

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

B.13.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISERING

B.14.1. Omschrijving van de zorg

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

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

B.14.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een arts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk

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

Plaats

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

B.14.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG

B.15.1. Omschrijving van de zorg

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

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

B.15.2. Voorwaarden

Verwijzing

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

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

Plaats

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

B.15.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.16. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

B.16.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- fysiotherapie. Dit is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- oefentherapie. Dit is zorg zoals oefentherapeuten Cesar of Mensendieck die plegen te bieden.

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

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

B.16.2. Fysiotherapie en oefentherapie als u 18 jaar of ouder bent

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

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

B.16.3. Bekkenfysiotherapie als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg ook uit bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor ten hoogste negen behandelingen.

B.16.4. Als u jonger dan 18 jaar bent

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

- die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. U vindt deze

lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen. Uw zorg omvat de noodzakelijke behandelingen vanaf de eerste behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, omvat uw zorg behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;

- b. die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. Uw zorg omvat per aandoening negen behandelingen per jaar. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, omvat uw zorg nog maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

B.16.5. Voorwaarden

Algemeen

Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Een verwijzing is nodig als het gaat om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of als het gaat om bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Zorgverlener

- een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- een manueel therapeut verleent de manuele therapie;
- een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie;
- een kinderfysiotherapeut verleent de kindersiotherapie;
- een geriatrische fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage;
- een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie;
- een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie.

Plaats

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

B.16.6. Uitsluitingen

Uw zorg omvat niet :

- a. fysiotherapie of oefentherapie voor aandoeningen die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staan:
 - 1) als u 18 jaar of ouder bent;
 - 2) na het totaal van 18 behandelingen, als u jonger dan 18 jaar bent;
- b. fysiotherapie of oefentherapie als er in de lijst bij uw aandoening een bepaalde maximumtermijn staat aangegeven en deze termijn voorbij is;
- c. fysiotherapie of oefentherapie voor de eerste twaalf behandelingen per aandoening van de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering), als u 18 jaar of ouder bent;
- d. bekkenfysiotherapie na het totaal van negen behandelingen als u 18 jaar of ouder bent.

B.16.7. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.17. ERGOTHERAPIE

B.17.1. Omschrijving van de zorg

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

B.17.2. Voorwaarden

Verwijzing

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

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toela-

ting zorginstelling of ziekenhuis waar ze zorg leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.17.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.18. LOGOPEDIE

B.18.1. Omschrijving van de zorg

Logopedie betreft zorg die logopedisten plegen te bieden met een geneeskundig doel die verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als gevolg heeft.

B.18.2. Voorwaarden

Verwijzing

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

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Plaats

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

B.18.3. Uitsluitingen

Behandeling met een onderwijskundig doel vergoeden wij niet. Ook behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid vergoeden wij niet. De voorwaarden die gelden voor dyslexiezorg staan in artikel B.28.

B.18.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.19. DIEETADVISERING

B.19.1. Omschrijving van de zorg

Dieetadvisering omvat voorlichting en advisering voor maximaal vier behandeluren per jaar en is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden op het gebied van voeding en eetgewoonten.

B.19.2. Voorwaarden

Algemeen

Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.

Verwijzing

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

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Plaats

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

B.19.3. Uitsluitingen

De volgende middelen (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven) vergoeden wij niet:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten. Zie daarvoor artikel 23.5.

B.19.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.20.1. Omschrijving van de zorg

Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.

Deze mondzorg bestaat uit:

- a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:
 - u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het
tand-kaak-mondstelsel hebt;
 - u een niet-tandheelkundige lichamelijke of
geestelijke aandoening hebt;
 - u een medische behandeling krijgt die
zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar
onvoldoende resultaat heeft.

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

- b. het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte

van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden. Deze vorm van mondzorg kan plaatsvinden als u in aanmerking komt voor de mondzorg onder a.

c. orthodontie als u:

- voldoet aan de eisen van artikel B.20.1.a.; en
- last hebt van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

B.20.2. Voorwaarden

Algemeen

- Als bij een gecombineerde behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts/prothetist dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlener

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

Plaats

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

B.20.3. Uitsluitingen

B.20.3.1.

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

B.20.3.2.

Voor onderstaande behandelingen geldt een bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen het tarief dat de zorgverlener in rekening mag brengen voor de mondzorg in een bijzonder geval en het tarief dat zou gelden als het niet om een bijzonder geval zou gaan. U moet hiervoor dus zelf het tarief betalen wat de zorgverlener maximaal in rekening mag brengen als het niet om mondzorg in een bijzonder geval zou gaan:

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

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- het in de oorspronkelijke staat brengen van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet-volledige gebitsprothesen, bij:
 - een verzekerde van 18 jaar en ouder die:
 - een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft en;
 - het gebit zonder die tandheerkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad; of
 - een extreem angstige verzekerde die:
 - een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en;
 - het gebit zonder die tandheerkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad.

B.20.4. Zorgverlener zonder overeenkomst Zie artikel A.21.

B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

B.21.1. Omschrijving van de zorg

Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.20. uit:

- a. één periodiek preventief tandheerkundig onderzoek per jaar, zonodig vaker als dit tandheerkundig gezien nodig is;
- b. het aanbrengen van fluoride vanaf zes jaar maximaal twee keer per jaar of vaker, als dit tandheerkundig gezien nodig is;
- c. het incidenteel tandheerkundig consult;
- d. het verwijderen van tandsteen;
- e. het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologi-

- sche zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. het vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheerkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een ongeval, te vervangen;
- m. chirurgische tandheerkundige zorg;
- n. röntgenonderzoek.

B.21.2. Voorwaarden

Algemeen

U bent jonger dan 18 jaar.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

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

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

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

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

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

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

Zorgverlener

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

Zorg van artikel B.21.1 onderdelen a t/m f en i kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Plaats

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

B.21.3. Uitsluitingen

De zorg omvat niet:

- het plaatsen van tandheelkundige implantaten bij chirurgische tandheelkundige hulp;
- röntgenonderzoek in verband met orthodontie.

B.21.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

B.22.1. Omschrijving van de zorg

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.20. gaat het om mondzorg:

- a. die medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat uit:
 - 1) specialistische chirurgische mondzorg;
 - 2) daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - 3) opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen voor maximaal 365 dagen.

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

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

goeding van de zorg voor 365 dagen;

- wordt uw opname onderbroken voor week- en- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.
- b. die tandartsen plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat uit:
 - 1) een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese, een tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese), een uitneembare volledige vervangingsprothese of een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;
 - 2) de reparatie en het rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Als een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde de volledige prothese maakt en plaatst, vergoeden wij het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het betreffend centrum is vastgesteld en niet het tarief zoals vastgesteld door de Nationale Zorgautoriteit op de landelijke tariefbeschikking voor zorgverleners zoals tandartsen.

B.22.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.
- b. Een tandarts, tandprotheticus, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de kosten van de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.22.1. onder b.1. indienen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- a. U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
 - het trekken van tanden of kiezen onder narcose;
 - een kaakoperatie (osteotomie).
- b. U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als:
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 550,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese);
- de volledige boven- en of onderprothese gemaakt en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

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

Zorgverlener

- a. Een medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie verleent de medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.22.1. onder a. Deze zorgverlener kan verbonden zijn aan een centrum voor mondzorg.
- b. Een tandarts, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of een tandprotheticus verleent de mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.22.1. onder b. De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese kan ook door een tandprotheticus worden verleend als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten;
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak.

Plaats

- a. De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.22.1. onder a. vindt plaats:
 - in de praktijk van de medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, in een centrum voor mondzorg of instelling voor medisch specialistische zorg, of;
 - op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft). In dat geval is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist nodig.
- b. De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese vindt plaats in een tand-

artspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

B.22.3. Uitsluitingen

De zorg omvat niet:

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

B.22.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEET- PREPARATEN

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene voorwaarden (artikel B.23.1.);
- Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (artikel B.23.2.);
- Zelfzorggeneesmiddelen (artikel B.23.3.);
- Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (artikel B.23.4.);
- Dieetpreparaten (artikel B.23.5.).

B.23.1. Geneesmiddelen algemeen

B.23.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst waar u recht op kunt hebben. Dat zijn de geregistreerde geneesmiddelen en deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.

Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage (zie artikel B.23.1.2.).

Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden (zie artikel B.23.1.3.).

En bij onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij bepaalde geneesmiddelen aangewe-

zen die onze voorkeur hebben; die vergoeden we dan en andere van die onderling vervangbare geneesmiddelen niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben, staan op de lijst aangewezen voorkeursgeneesmiddelen (artikel B.23.1.4.). Wij vergoeden alleen deze voorkeursgeneesmiddelen.

B.23.1.2. Eigen bijdrage

Het GVS is zo opgesteld, dat voor elke verzekerde genoeg goede geneesmiddelen beschikbaar zijn. In het GVS is een verdeling gemaakt tussen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

a. Onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die:

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

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

b. Niet onderling vervangbare geneesmiddelen

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

B.23.1.3. Extra voorwaarden

a. Indicatie

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1 gelden extra wettelijke voorwaarden die te maken hebben met de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Dit kan ook voor dieetpreparaten gelden. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In onze "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf" staan de geneesmiddelen van Bijlage 2 waarbij wij vooraf toetsen of u aan de voorwaarden voldoet. De Minister kan deze lijst tussendoor aanpassen. We laten dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een be-

richt op onze internetsite.

b. Plaats van toediening

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1 gelden extra voorwaarden van ons die te maken hebben met de plaats van toediening. Het gaat om geneesmiddelen die een apotheek levert, maar die normaal gesproken in het ziekenhuis worden toegediend.

Voorwaarden voor toediening in de thuissituatie:

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

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

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

c. In het buitenland geregistreerde geneesmiddelen buiten het GVS

Hiervoor geldt:

- er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie;
- geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- er is geen behandeling mogelijk met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding. De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

B.23.1.4. Onze voorkeursgeneesmiddelen

De zorg omvat in het algemeen alle geregistreerde geneesmiddelen die opgenomen zijn in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem. Wij hebben deze geneesmiddelen namelijk allemaal aangewezen, behalve als we voor dit geneesmiddel een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen.

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel B.23.1.2.a.) mogen wij namelijk één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel.

Dit doen wij om de zorgkosten zo laag mogelijk te houden. Deze voorkeursgeneesmiddelen kiezen wij op basis van de laagste prijs.

Er blijft minimaal één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Het kan voorkomen dat de zorgverlener die het geneesmiddel voorschrijft het medisch noodzakelijk vindt dat u een ander geneesmiddel gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Als de voorschrijver op het recept aangeeft dat er een medische noodzaak is, hebt u recht op een ander geneesmiddel uit het GVS met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

B.23.1.5. Geneesmiddelen geleverd door buitenlandse apotheek

U hebt recht op geneesmiddelen die door een Nederlandse of buitenlandse arts worden voorgeschreven en die door een buitenlandse apotheek worden afgeleverd. Van deze geneesmiddelen moet de werkzame stof, dosering en toedieningsweg zijn opgenomen in het Nederlandse GVS. Voor geneesmiddelen uit Marokko geldt dat u bijsluiters/stickers met naam en prijs van het geneesmiddel (vignettes) moet meesturen als u hiervan een rekening bij ons indient.

B.23.1.6. Recepten

B.23.1.6.1. Maximale leveringsperiode

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

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

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt,

geldt de kortste periode.

B.23.1.6.2. Geen herhaalrecept

Voor:

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

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar één keer voorgeschreven te krijgen. U hoeft niet steeds bij uw arts om een nieuw recept te vragen, maar u kunt rechtstreeks contact opnemen met uw apotheek. Wij vergoeden per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

B.23.1.7. Algemene uitsluitingen

De zorg omvat niet:

- a. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- b. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
- c. geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- d. zelfzorggeneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling Zorgverzekering ook niet vergoed worden;
- f. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- g. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
- h. bijkomende kosten zoals administratie- of verzendkosten;
- i. geneesmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ;
- j. geneesmiddelen die niet door ons zijn aangegeven (zie Artikel B.23.1.4);
- k. geneesmiddelen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
- l. verzorgingsproducten zoals tandpasta's, zeep, shampoos, badoliën, balsems, lotions en haargroeimiddelen.

B.23.1.8. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.23.2. Geregistreeerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

B.23.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de geregistreeerde geneesmiddelen die wij beschreven hebben in artikel B.23.1. Daarnaast omvat de zorg ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

B.23.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om geregistreeerde geneesmiddelen in het GVS.
- Bij geneesmiddelen met extra voorwaarden gelden de voorwaarden die in artikel B.23.1.3. staan.
- Bij geneesmiddelen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben, gelden de voorwaarden die in artikel B.23.1.4. staan.
- U hebt recht op geneesmiddelen die door een Nederlandse of buitenlandse arts worden voorgeschreven en die door een Nederlandse of buitenlandse apotheek of apotheekhoudende worden afgeleverd. Van deze geneesmiddelen moet de werkzame stof, dosering en toedieningsweg zijn opgenomen in het Nederlandse GVS

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor sommige geneesmiddelen moet u een akkoordverklaring hebben. Dit zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel B.23.1.3. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

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

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

B.23.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen

B.23.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de zelfzorggeneesmiddelen die wij beschreven hebben in artikel B.23.1. en die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxemiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

Daarnaast omvat de zorg ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

B.23.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bij zelfzorggeneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.23.1.;
- b. Het zelfzorggeneesmiddel is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering;
- c. U moet het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden gebruiken om een chronische ziekte te behandelen.
- d. De zorg omvat niet zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste 15 dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel B.23.1.3.a. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

De geneesmiddelen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of een door

de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

B.23.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

B.23.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de geneesmiddelen die wij beschreven hebben in artikel B.23.1. en die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Daarnaast omvat de zorg ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

De zorg omvat ook de niet geregistreerde geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant (zie Geneesmiddelenwet, art. 40 derde lid, onder c).

B.23.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- Bij geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.23.1.;
- Het gaat om rationele farmacotherapie.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

B.23.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.23.5. Dieetpreparaten

B.23.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten. Daarnaast omvat

de zorg ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

B.23.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- Bij dieetpreparaten gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.23.1.;
- In bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering komt het dieetpreparaat voor dat aan u is voorgeschreven.
- Het gebruik van aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding is niet voldoende en:
 - u hebt een stofwisselingsstoornis;
 - u hebt een voedselallergie;
 - u hebt een resorptiestoornis;
 - u hebt een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode).
 - u bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u niet vooraf bij ons om een akkoordverklaring te vragen.
- Voor de andere dieetpreparaten moet u aan extra voorwaarden voldoen. De voorschrijver vult het "landelijk formulier verklaring dieetpreparaten" in en degene die aflevert controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet, zie artikel B.23.1.3.a. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

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

Zorgverlener/leverancier

De dieetpreparaten zijn geleverd door een erkende leverancier. Dit zijn in het algemeen apotheken. Voor drinkvoeding mogen daarnaast ook enkele speciaalzaken leveren. Voor sondevoeding mogen alleen bepaalde speciaalzaken leveren.

Plaats

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

B.23.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.24. HULPMIDDELENZORG

B.24.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Dit betreft medische hulpmiddelen die genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Bepaalde categorieën hulpmiddelen worden niet concreet genoemd maar hun functie is algemeen omschreven. Dit zijn de zogenaamde "functiegericht omschreven hulpmiddelen".

B.24.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.24.1., hebben wij opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Ook staan in dit Reglement:

- de nadere voorwaarden waar aan moet zijn voldaan om recht te hebben op de hulpmiddelenzorg;
- de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- de hoogte van de eigen bijdrage of de maximum vergoeding.

In ons Reglement Hulpmiddelen staan ook de hulpmiddelen die functiegericht zijn omschreven. Deze staan concreet genoemd en beschreven in onze "Lijst aangewezen hulpmiddelen". In deze lijst worden ook de voorwaarden voor verstrekking en vergoeding genoemd. Deze lijst maakt onderdeel uit van het Reglement Hulpmiddelen.

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

B.24.3. Eigen bijdrage / maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit geldt. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen.

B.24.4. Uw verplichtingen

B.24.4.1. Verzorging van het hulpmiddel

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

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

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

B.24.4.2. Meewerken aan toetsing

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

B.24.5. Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of u vooraf akkoordverklaring moet vragen. De voorwaarden die wij aan deze akkoordverklaring stellen, staan ook in dit Reglement.

De zorgaanvraag moet schriftelijk door of namens u worden gedaan. U moet er zelf voor zorgen dat dit op tijd gebeurt. Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij voor het betreffende hulpmiddel een overeenkomst hebben gesloten, laten wij ook aan deze leverancier weten, dat wij een akkoordverklaring geven.

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt de zorginhoudelijke voorwaarde "bijzondere individuele

zorgvragen". Als dat zo is, staat dat in Bijlage 3 van de Regeling Zorgverzekering. U kunt in dat geval een schriftelijk gemotiveerde aanvraag voor dit hulpmiddel indienen. Onze (medisch) adviseur onderzoekt of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

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

Verwijzing

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

Voorschrift

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

Leverancier

De leverancier levert het hulpmiddel gebruiksklaar af. "Gebruiksklaar" betekent in ieder geval inclusief de eerste aanschaf van batterijen en/of op-laadapparatuur en inclusief gebruikersinstructie.

Plaats

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

B.24.6. Uitsluitingen

De zorg omvat niet:

- kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering of het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
- hulpmiddelen die onder de aanspraken van de AWBZ of WMO vallen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname of een medisch specialistische behandeling. U kunt hier wel aanspraak op hebben op grond van artikel B.4.;
- kosten die u zelf moet betalen op grond van uw hoofdverzekering omdat u naar een zorgverlener of leverancier gaat met wie wij geen overeenkomst hebben en u daardoor een lagere vergoeding krijgt.

B.24.7 Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.25. ZIEKENVERVOER

Wij maken een verschil tussen twee soorten ziekenvervoer:

- Ziekenvervoer per ambulance (artikel B.25.1.) als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer;
- Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel „Zittend ziekenvervoer" genoemd (artikel B.25.2.).

B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance

B.25.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

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

B.25.1.2. Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist, tenzij:

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

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

Voorschrift

Het ziekenvervoer per ambulance is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van acuut ambulancevervoer, dus als spoed is vereist.

Zorgverlener/leverancier

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

1. Van:

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

Naar:

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

2. Van:

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

Naar:

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

3. Van:

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

Naar:

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

B.25.1.3. Uitsluitingen

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

B.25.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

B.25.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

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

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto heeft de minister een vergoeding van € 0,27 per kilometer vastgesteld. Wij gaan daarbij uit van de snelste route volgens de routeplanner Rutenet.

B.25.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- u een nierdialyse moet ondergaan;
- u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;
- u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast vervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;

- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen.

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

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

Zorgverlener

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

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij “plaats” in artikel B.25.1.2. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

B.25.2.3. Uitsluitingen

- U hebt een eigen bijdrage van € 92,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
- Op zittend ziekenvervoer in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 BZa gedurende een dagdeel hebt u geen recht. Die aanspraak valt, als het vervoer medisch noodzakelijk is, onder de AWBZ.
- U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
- Huurkosten van een huurauto worden niet vergoed.

B.25.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)

Dit artikel beschrijft de voorwaarden voor eerstelijns psychologische zorg. De specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beschrijven wij in artikel B.27.

B.26.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat maximaal acht zittingen eerstelijns psychologische zorg en is zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.

B.26.2. Voorwaarden

Algemeen

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

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een gezondheidszorgpsycholoog.

Zorgverlener

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

Plaats

De zorg vindt plaats:

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

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

lijk.

B.26.3. Uitsluitingen

- a. U hebt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.
- b. De zorg omvat niet de volledige internetbehandeling zonder dat u voorafgaand aan tenminste de eerste internet sessie persoonlijk bij de zorgverlener bent geweest.
- c. De zorg omvat met name niet een intelligentieonderzoek, dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.26.), schoolpsychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard en orthopedagogische zorg.

B.26.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.27. SPECIALISTISCHE GGZ

In dit artikel staan de voorwaarden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ). In dit artikel staan niet de voorwaarden voor eerstelijns psychologische zorg. Deze staan in artikel B.26.

Wij maken een verschil tussen:

- specialistische GGZ met opname (artikel B.27.1.)
- specialistische GGZ zonder opname (artikel B.27.2.)

B.27.1. Specialistische GGZ met opname

B.27.1.1. Omschrijving van de zorg

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

De zorg omvat gedurende maximaal 365 dagen:

- de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;
- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie

of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

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

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

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

B.27.1.2. Voorwaarden

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener

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

Plaats

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

B.27.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.27.2. Specialistische GGZ zonder opname

B.27.2.1. Omschrijving van de zorg

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

De zorg omvat tevens:

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

B.27.2.2. Voorwaarden

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

- psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie (artikel B.27.2.1.a.) en
- andere specialistische GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet (langdurige) psychoanalytische psychotherapie) (artikel B.27.2.1.b.).

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

B.27.2.2.1. Psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

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

sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.

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

Voorschrift

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

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

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

B.27.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Verwijzing

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

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

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener/leverancier

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, die zorg met of zonder ver-

blijf kan verlenen. De zorg kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

B.27.2.3. Uitsluitingen

De zorg omvat met name niet neurofeedback en psychoanalyse.

B.27.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.28. DYSLEXIEZORG

B.28.1. Omschrijving van de zorg

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

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

- a. in 2011 nadat het kind elf jaar is geworden;
- b. in 2012 nadat het kind twaalf jaar is geworden;
- c. in 2013 nadat het kind dertien jaar is geworden.

B.28.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het vaststellen van de oorzaak (diagnose) wordt uitgevoerd met meetinstrumenten die voldoen aan de eisen voor psychodiagnostische tests (COTAN: Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP);
- Behandeling vindt plaats in een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair), waarbij de hieronder genoemde zorgverlener onder het kopje "zorgverlener" eindverantwoordelijk is volgens een behandelplan en evaluatie achteraf;
- Het gaat om zorg die plaatsvindt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

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

Zorgverlener

Psychologen en orthopedagogen die zijn geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) en een aanvullende specialisatie diagnostiek en behandeling van dyslexie hebben.

Plaats

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

B.28.3. Uitsluitingen

De zorg omvat niet remedial teaching.

B.28.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.29. PREVENTIE

B.29.1. Omschrijving van de zorg

Preventie omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen en klinisch psychologen plegen te bieden, alsmede paramedische zorg. Preventie richt zich op individuele preventie te weten geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De op preventie gerichte interventies zijn gericht op:

- a. stoppen met roken. De interventie kan ondersteund worden door geneesmiddelen als daartoe aanleiding bestaat in de individuele situatie;
- b. problematisch alcoholgebruik;
- c. depressieve klachten;
- d. overgewicht en obesitas (alleen advies en motivatie).

Doel van de interventies is het teweeg brengen van gedragsverandering en het vasthouden van gezond gedrag in het dagelijks leven. Interventies kunnen plaatsvinden op consultbasis, via internet en in groepsessies.

B.29.2. Voorwaarden

Algemeen

Geneesmiddelen ter ondersteuning van de interventie "stoppen met roken" vallen niet onder het geneesmiddelenvergoedingssysteem als beschreven in artikel B.23.1. Voor deze geneesmiddelen gelden, eventueel in afwijking van onder-

staande, de voorwaarden die in artikel B.23.2. tot en met B.23.4. staan voorzover daaraan niet voorwaarden worden gesteld die verwijzen naar artikel B.23.1.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- a. een huisarts;
- b. een medisch specialist;
- c. een verloskundige;
- d. een gezondheidszorgpsycholoog;
- e. een door ons gecontracteerde zorgverlener of door ons gecontracteerde organisatie.

B.29.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet dagbehandeling en/of verblijf.

B.29.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

=====

HOOFDSTUK C

ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

C.0. OPENINGSARTIKEL

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

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

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

- voor de hoofdverzekering is het Vergoedingen Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering;
- voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoedingen Overzicht aangegeven voor

C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

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

Aanvullende verzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten. Deze verzekeringsonderneming biedt aanvullende verzekeringen en hoofdverzekeringen die niet een zorgverzekering zijn in de zin van de zorgverzekeringswet aan. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons".

ADL-hulpmiddelen

Hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit zijn bijvoorbeeld aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een helping hand.

Beweegprogramma

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

Bijkomende kosten

Kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg. Met "bijkomende kosten" bedoelen wij bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, het verband en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Als u niet in Nederland woont en u hebt juist om die reden bij ons een (andere) aanvullende verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

CAK

Centraal Administratie Kantoor.

Diabetes Pas

Dit is een hulpmiddel dat u via internet op onze website wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus van uw eigen gezondheid.

Europa

De gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) of gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

Extreme haargroei

Er is sprake van extreme haargroei als de haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is. Dit is het geval bij vrouwen echter alleen in het gezicht, de hals en de nek.

Gezin of gezinsleden

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

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

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

Gezondheidskursus

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

Herstel & Balans

Dit is een landelijk behandelprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Deze patiënten kunnen te maken krijgen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke problemen, zoals moeheid. Herstel & Balans biedt een reactiveringsprogramma van drie maanden. Dit programma is opgebouwd uit verschillende modulair in te zetten onderdelen. Hierin staan voorlichting, begeleiding en conditieverbetering centraal. Zo biedt het twee keer per week conditietraining door middel van fitness, zwemmen en sport en spel. Dit programma is vanzelfsprekend helemaal afgestemd op de doelgroep.

Hospice

Een plaats / huis waar iemand zijn laatste levensfase doorbrengt. Daar wordt aandacht gegeven niet alleen aan zijn lichamelijke klachten maar ook aan zijn psychische en sociale problemen. In een hospice wordt hoog-complexe zorg door medisch of verpleegkundig personeel (artsen, psychologen of geestelijk verzorgers, verpleegkundigen) danwel laag-complexe zorg door vrijwilligers verleend. Een hospice waar alleen laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt verleend, wordt ook wel "bijna-thuis-huis" genoemd.

Hulpmiddelen voetbehandeling

Dit zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

Inenting

Het geheel van de zorg, bestaande uit levering van de entstof en/of geneesmiddelen, het injectiemateriaal, toediening door middel van een of meerdere injecties, de bijbehorende registratie / administratie, eventueel bijbehorend diagnostisch (bloed)onderzoek voor de bepaling van de entstof en het in rekening gebrachte consult. Voor het consult vergoeden wij maximaal het gecontracteerde (passanten)tarief dat een huisarts of GGD in rekening mag brengen.

Intramurale geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die door (of onder verantwoordelijkheid) van een medisch specialist zijn voorgeschreven tijdens een opname in een instelling voor medisch specialistische zorg. De apotheek van die instelling voor medisch specialistische zorg verstrekt deze geneesmiddelen.

Ketenzorg

De integrale zorg voor chronisch zieken die wordt

verleend door verschillende zorgverleners, die als schakels in een hechte keten met elkaar samenwerken.

Kind

Zie hiervoor de omschrijving van het begrip "gezin".

Kraamzorg bij adoptie

Instructie aan de ouder in geval van adoptie van een kind jonger dan zes maanden.

Kuurbehandeling

Dit is een meerdaagse (para)medische behandeling. Dat wil zeggen een behandeling die één of meer weken achtereen duurt. Het vindt plaats in een gespecialiseerd kuuroord onder eindverantwoordelijkheid van een kuurarts. Gekwalificeerd personeel voert de paramedische behandelingen uit.

De behandeling bestaat uit een individueel, schriftelijk vastgelegd programma, dat op u is aangepast en aan u ter beschikking wordt gesteld. Na afloop stellen behandelaars en begeleiders een evaluatie op voor de reumatoloog die de kuur heeft voorgeschreven.

Kuuroord

Een kuuroord is een locatie waar zich, meestal op basis van een natuurlijke heetwaterbron één of meer behandelinstututen hebben gevestigd die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen. U wordt er behandeld door behandelaars van verschillende deskundigheid.

De kuur bestaat minimaal uit de volgende basisonderdelen: baden in thermaal water, actieve oefentherapie en ontspanning.

Mantelzorg

De zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. De mantelzorger is geen beroepsmatige zorgverlener. De mantelzorger geeft de langdurige onbetaalde zorg, omdat hij een persoonlijke band heeft met de zorgvrager.

Maximum vergoeding, éénmalig

Bepaalde zorg vergoeden wij éénmaal tijdens de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.

Medeverzekerde (of fictief medeverzekerde) van een verdragsverzekerde:

De echtgenoot, echtgenote, partner of kind tot 18 jaar van de verdragsverzekerde. Deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind heeft geen

eigen inkomen uit Nederland.

Ouders

De gezinsleden, die het ouderlijke gezag bevoegd uitoefenen over de kinderen in hun gezin.

Patiëntenvereniging

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

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

Pedicure

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

Podoloog

Degene die lid is van een vereniging van podologen die wij hebben erkend en die een praktijk heeft als podoloog. De podoloog is geslaagd voor een opleiding voor het niet paramedische beroep podoloog. Hij is dus geen medicus en ook geen paramedicus.

Repatriëring

Ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- a. de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed

- mogelijk is en in het woonland / Nederland wel;
- b. behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
 - c. behandeling in het buitenland ter plaatse duidelijk veel duurder is dan behandeling in het woonland / Nederland.

Gezinshereniging of taalproblemen zijn sociale redenen. Deze sociale redenen zijn geen medische noodzaak voor repatriëring.

Revalidatiezwemmen

Iedere vorm van begeleid zwemmen, waarbij sprake is van een (deel van het) revalidatieproces: zwemmen wordt dan gebruikt als (bijkomende) therapie om nadelige gevolgen van (blijvend) lichamelijk letsel of een functionele beperking te voorkomen, te beperken, te verminderen en/of te genezen.

Schoonheidsspecialist

Degene die een diploma van de basisopleiding en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten heeft en als schoonheidsspecialist praktijk houdt. Het diploma moet internationaal door en binnen de EU erkend zijn. De vervolgopleiding moet een specialisatie zijn in de behandelingen waarvan u de kosten bij ons hebt verzekerd. De schoonheidsspecialist is met die specialisatie geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Sportarts

De arts die is opgeleid in de sociale geneeskunde en geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen volgens de Wet B.I.G.

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundigwetenschappelijke overwegingen.

Thuiszorg

Verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging is bedoeld om een opname, specialistische behandeling of verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) te verkorten of vervangen.

Thuiszorgorganisatie

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

Tijdelijk verblijf in het buitenland

In het buitenland zijn, zonder dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip "wonen".

Verandering van aanvullende verzekering

Het einde van een te vervangen, al lopende aanvullende verzekering en het begin van een vervangende, nog niet lopende aanvullende verzekering. De vervangende aanvullende verzekering begint op de dag dat de lopende aanvullende verzekering eindigt. De verandering kan ook gelden voor een combinatie van meerdere aanvullende verzekeringen.

Verzorgingsartikelen

Dit zijn plasgootjes, latex handschoenen, vacuümdrainpotten, ketonenstrips (voor verzekerden tot 18 jaar) en een Habermanspeen (éénmalig).

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land hebt. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip "tijdelijk verblijf in het buitenland".

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Z-index

Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-standaard, ook wel taxo genoemd. De G-standaard wordt gebruikt door o.a. alle artsen, apothekers, zorgverzekeraars en de overheid. Wij gebruiken deze G-standaard bijvoorbeeld om te zien of een geneesmiddel geregistreerd is en wat het tarief is voor dat geneesmiddel.

Zorggroep

Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie die verantwoordelijk is voor de coördinatie en de levering van gestructureerde en afgestemde (keten)zorg voor chronisch zieken.

ZorgTV

ZorgTV biedt de mogelijkheid om zorg op afstand te verlenen. Via de televisie met een vaste verbinding kan met een druk op de knop van een afstandsbediening contact worden opgenomen met een zorgverlener op afstand. Zorgvrager en zorgverlener kunnen elkaar met behulp van een camera verbonden met de televisie zien en kun-

nen met elkaar spreken. De zorgverlener kan zo de situatie beoordelen en de cliënt of zijn of haar mantelzorger voorzien van informatie, instructie of advies.

C.2. BASIS VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING EN NIET-ZORGVERZEKERING

C.2.1. Basis

In Hoofdstuk A staat waarop uw verzekeringen zijn gebaseerd. De aanvullende verzekering en de niet-zorgverzekeringen kunnen verder gebaseerd zijn op:

- a. de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld;
- b. eventuele ingevulde keuringsrapporten;

C.2.2. Afwijkingen die kunnen gelden

Van één of meer artikelen in deze verzekeringsvoorwaarden kan worden afgeweken in:

1. het Vergoedingen Overzicht;
2. een bijkomende of collectieve overeenkomst;
3. de afwijkende voorwaarden die zijn beschreven in artikel C.12.

C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

C.3.1. Elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt verschillende soorten aanvullende verzekeringen afsluiten, voor uzelf en voor anderen. Sommige aanvullende verzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben.

C.3.2. Eigen aanvullende verzekering per gezinslid

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw polis kiezen uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen per verzekerde verschillen.

C.3.3. Kinderen (verzekerden jonger dan 18 jaar)

- a. Voor elke verzekerde op de polis kunt u een of meerdere aanvullende verzekeringen afsluiten. De aanvullende verzekering van een kind moet hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders. Heeft het kind meerdere aanvullende verzekeringen, dan moet minstens één van de ouders

diezelfde serie aanvullende verzekeringen hebben.

- b. Als de ouders verschillende series aanvullende verzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke serie het betreffende kind verzekerd moet worden.
- c. U kunt voor uw kind een of meer andere aanvullende verzekeringen afsluiten dan zijn ouders hebben. De aanvullende verzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook niet die aanvullende verzekering die binnen de serie hetzelfde is als die van een of beide ouders, zolang uw kind tenminste één aanvullende verzekering heeft die zijn ouders niet hebben. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

C.4.1. Begin en duur

Als de aanvullende verzekering op 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende verzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw polis worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende verzekering even lang als die van u.

C.5. VERZWIJGING

C.5.1. Vragen

Voordat wij u accepteren, kan het zijn dat wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener) stellen. U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen twee maanden na ontdekking de aanvullende verzekering of de hoofdverzekering die niet een zorgverzekering is meteen beëindigen.

C.5.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of

onvolledigheid wijzen, hebt u twee maanden de gelegenheid om uw aanvullende verzekering of een hoofdverzekering die niet een zorgverzekering is, met directe ingang te beëindigen.

C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

C.6.1. Wijziging van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve aanvullende verzekering en collectieve hoofdverzekering die niet een zorgverzekering is om in een individuele verzekering in de volgende gevallen:

- a. Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Geeft u dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent aan ons door, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- b. Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via een rechtspersoon die uw belangen behartigt. Wij doen dit per de datum dat u niet meer aangemerkt kunt worden als een persoon wiens belangen door die rechtspersoon worden behartigd.

Op het moment dat deelname aan de collectiviteit eindigt, vervalt de collectiviteitskorting. De collectieve verzekering(en) worden na beëindiging van deelname aan de collectiviteit aansluitend voortgezet op basis van de voorwaarden die voor een individuele verzekering gelden en het meest lijken op de voormalige collectieve voorwaarden. Vanaf dat moment moet u de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

C.6.2. Beëindiging voor alle verzekerden

Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende verzekering en/of een hoofdverzekering die niet een zorgverzekering is, hebt gegeven onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de betreffende verzekering binnen twee maanden na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding hebben betaald.

C.6.3. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering en een hoofdverzekering die niet een zorgverzekering is, van één verzekerde op het moment dat sprake is van (één van) de volgende situaties:

- a. De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- b. Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze verzekeringsvoorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen en wij hebben u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende verzekering te behouden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

C.6.4. Geen beëindiging

U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- a. de verzekeringsvoorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of meer plichten krijgt;
- b. de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- c. de verzekeringsvoorwaarden of de premie die niet te maken heeft met de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten;
- d. de verzekeringsvoorwaarden als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling.

C.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN

Naast de kosten die we hebben genoemd in hoofdstuk A moet u (verzekeringnemer) voor uw aanvullende verzekering ook kosten betalen, die bestaan uit:

- a. een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende verzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de ouders geen aanvullende verzekering bij ons hebben afgesloten. Wij brengen de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- b. een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende verzekering, maar geen hoofdverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;

- c. een toeslag op de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt;
- d. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties.

C.8. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

De situatie kan zich voordoen dat u ons nog premie en kosten moet betalen voor een aanvullende verzekering of een hoofdverzekering die een niet-zorgverzekering is, en die inmiddels beëindigd is. Als u dan een nieuwe verzekering bij ons afsluit, dan hebben wij het recht:

- a. de kosten van zorg die u uit uw nieuwe aanvullende verzekering of nieuwe niet-zorgverzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- b. onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt.

C.9. EIGEN RISICO

Voor uw aanvullende verzekering(en) geldt geen verplicht eigen risico en ook geen vrijwillig gekozen eigen risico.

C.10. VERGOEDING

C.10.1. Volgorde van vergoeding

Nota's worden afgewikkeld op volgorde van ontvangst door ons.

Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van nota's hanteren we een bepaalde volgorde:

- a. eerst de hoofdverzekering of AWBZ;
- b. dan een algemene aanvullende verzekering;
- c. tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soorten zorg.

C.10.2. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw verzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet.

C.10.3. Maximum vergoeding bij wijziging

Maakt u kosten die u op grond van uw aanvullende verzekering niet volledig vergoed krijgt en sluit u hierna een andere aanvullende verzekering af waarvoor een gelijksoortige beperking geldt, dan:

- a. telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- b. telt het aantal behandelingen dat u in uw vorige aanvullende verzekering bij ons kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- c. loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende verzekering.

De beperkte vergoeding geldt ook als in uw aanvullende verzekering de betreffende vergoedingsregel wijzigt. Vergoedingen die eerder zijn gedaan, blijven meetellen.

C.10.4. Doorlopende vergoedingen

De AWBZ en uw hoofdverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- a. als de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten van uw hoofdverzekering of de AWBZ, en;
- b. als de zorg volgens de richtlijnen van uw hoofdverzekering of de AWBZ niet wordt afgevoerd, en;
- c. als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de AWBZ of uw hoofdverzekering, en;
- d. als de vergoeding onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering valt, en;
- e. als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen, en;
- f. als wij een originele schriftelijke verklaring van de AWBZ of de (zorg)verzekeraar van de hoofdverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgewikkeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afwikkeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.10.5. Buitenlandse nota's

Ook afschriften van buitenlandse originele nota's nemen wij in behandeling. Deze afschriften moeten ingestuurd worden met een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke

verzekering van uw woonland. Uit de verklaring moet blijken:

- a. dat het geheel of een deel van de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen;
- b. hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN

C.11.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Deze zorg vergoeden wij niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende verzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

C.11.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- a. Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - 1) een andere overeenkomst ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering); of
 - 2) een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling; of
 - 3) een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals bij voorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - 4) een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag.
- b. Kosten:
 - 1) die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland, en;
 - 2) die vallen onder de vergoeding van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een vergoeding voor medische kosten in het buitenland, of die de reisverzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorgesloten, en;
 - 3) die de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten, bij ons declareert.
- c. Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed

zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.11.3. Bepaalde behandelingen

Bepaalde behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
- c. Behandelingen die niet te beschouwen zijn als verantwoorde en geschikte zorg.

C.11.4. Verwijtbaarheid

Bepaalde kosten die aan u te wijten of toe te rekenen zijn, vergoeden wij niet:

- a. Kosten door uw schuld. Dit zijn kosten die ontstaan zijn:
 - 1) door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
 - 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
 - 3) doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig tegenwerkt of tegenhoudt.
- b. Kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener of leverancier).

In deze gevallen zullen wij de vergoeding naar evenredigheid verlagen. Deze verlaging vindt alleen plaats als wij, wanneer wij de waarheid hadden geweten, een hogere premie zouden hebben vastgesteld.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

 - 1) aangifte doen bij de politie;
 - 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - 3) een registratie doen in de door verzekeraars gebruikte signaleringssystemen;
 - 4) een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

- 3) bedrijfshulpverleningscursussen.

C.11.5. Atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet.

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

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

C.11.6. Eigen bijdrage, eigen risico en lager tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingsoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- a. de wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet;
- b. kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de hoofdverzekering;
- c. kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- d. kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- e. kosten die volgens uw hoofdverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten;
- f. kosten die volgens uw hoofdverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend tegen een hoger tarief dan waarvoor uw hoofdverzekering vergoeding geeft.

C.11.7. Overige uitsluitingen

De (kosten van) de volgende behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Preventieve onderzoeken, controles en behandelingen en/of bevolkingsonderzoeken;
- b. Kosten die veroorzaakt zijn door of te maken hebben met:
 - 1) keuringen;
 - 2) het afgeven van attesten;
 - 3) vaccinaties tegen kinderziekten.
- c. Kosten die te maken hebben met:
 - 1) sportmassage;
 - 2) arbeids- en/of bezigheidstherapie;

C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN

C.12.1. Algemeen

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden hiervoor of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw hoofdverzekering als dit geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet is.

Op uw Vergoedings Overzicht staat of een afwijkende of aanvullende voorwaarde voor u geldt.

C.12.2. Afwijkende en aanvullende voorwaarden

C.12.2.a. Niet-zorgverzekering

1) Niet Zorgverzekering

Uw hoofdverzekering is geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Dit noemen wij een "niet-zorgverzekering". Deze niet-zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht heeft zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

2) Einde niet-zorgverzekering

Uw niet-zorgverzekering eindigt:

- als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet;
- als u verhuist naar een ander land;
- als u woont in een andere EU-lidstaat dan Nederland, een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten. Daarbij heeft u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

3) Eigen risico

Voor u gelden de volgende regels voor het eigen risico:

- U kunt kiezen voor eigen risico bedragen van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, en

€ 500,- per verzekerde per jaar;

- Alle leden van uw gezin kiezen hetzelfde eigen risico bedrag;
- Het gezins eigen risico bedraagt maximaal tweemaal het eigen risico dat u per verzekerde hebt gekozen;
- In de loop van het jaar wordt het gezins eigen risico verminderd met de kosten die onder de dekking vallen. U betaalt deze kosten zelf totdat het totaal daarvan gelijk is aan het gehele gezins eigen risico per jaar. Dat eigen risico is zodoende tot € 0,- teruggebracht. Daarna krijgt u in dat jaar de verzekerde kosten van ons volgens de verzekeringsvoorwaarden vergoed. In januari van het jaar daarop bepalen wij opnieuw de hoogte van het gezins eigen risico.
- Het gezins eigen risico wordt niet verminderd met eigen bijdragen of overstijging van een maximum vergoeding.

4) Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afwikkeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Dit is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is. Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot het hoogste tarief.

5) Rechtsgang

Op uw niet-zorgverzekering is artikel A.25.2.b. niet van toepassing. Voor de rechtsgang kunt u zich wenden tot de burgerlijke rechter.

C.12.2.b. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

- 1) Afsluiten Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:
 - u geen plicht heeft zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
 - u woont in een EU-lidstaat (anders dan Nederland), een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten; en
 - u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland; en
 - u ons een afschrift hebt gegeven van uw

inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

- 2) Uw aanvullende verzekering eindigt als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

- 3) Uw aanvullende verzekering eindigt als u verhuist naar een ander land dan waar u woonde toen de aanvullende verzekering van kracht werd.

- 4) Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u bij ons een Zorgverzekering Natura hebt gesloten met het hoogste vrijwillig eigen risico (€ 500,- per verzekerde per jaar); en
- u deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende verzekering hebt kunnen sluiten; en
- u hebt geen andere aanvullende verzekeringen gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

- 5) Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u bent ingeschreven bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht. Dit uitkeringsrecht is genoemd in de collectieve overeenkomst of is op grond van die collectieve overeenkomst daarmee gelijkgesteld.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

- 6) Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden voor u geldt.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarden.

7) De Verdragspolis kunt u alleen voor uzelf en uw (fictief) medeverzekerde sluiten als u verdragsverzekerde bent.

De Verdragspolis en uw aanvullende verzekering eindigen voor u en uw (fictief) medeverzekerde als:

- u volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER/Zwitserland; of
- u geen recht meer hebt op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

8) Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als u voor rekening van de AWBZ verblijft in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor een ziektekostenverzekering hebben gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarde.

9) U kunt per gezinslid bepalen welke aanvullende verzekering u sluit.

10) Voor uw kinderen tot 18 jaar en eventuele andere gezinsleden betaalt u geen premie voor hun aanvullende verzekering als:

- u werknemer bent van de collectiviteit waarvoor dit artikel geldt; en
- u en uw gezinsleden zich hebben aangemeld voor dezelfde aanvullende verzekeringen binnen de collectiviteit; en
- uw gezinsleden vallen onder de zogenoemde Overgangsregeling 2006.

11) Meegroeiservice

In een aantal gevallen kunt u uw aanvullende verzekering wijzigen. Dit kan maximaal één keer per jaar; de wijziging kunt u telefonisch aanvragen. De nieuwe aanvullende verzekering gaat dan in op de eerste dag van de volgende maand nadat u de wijziging hebt aangevraagd. U kunt de nieuwe aanvullende verzekering ook later in laten gaan.

12) Einde aanvullende verzekering

Uw aanvullende verzekering eindigt op het moment dat u niet langer verzekeringplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet.

C.12.2.c. Zorg en kosten die wij (niet) vergoeden

1) Uw aanvullende verzekering geeft een aanvullende dekking op de zorg en kosten die u vergoed krijgt vanuit de gezondheidszorg of de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland.

Kosten die u niet of niet volledig vergoed krijgt uit uw woonland, maar die wel onder de zorgverzekering in Nederland zouden vallen, krijgt u vergoed uit uw aanvullende verzekering.

De gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, samen met deze aanvullende verzekering, voorzien in een dekking van kosten in uw woonland. De omvang is daarmee gelijk aan de dekking van de zorgverzekering als u diezelfde kosten in Nederland zou hebben gemaakt.

2) Uw aanvullende verzekering geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen.

3) Uw aanvullende verzekering geeft u, een missionaris, tijdens uw verblijf en werkzaamheden in het buitenland geen recht op vergoeding van kosten.

4) Uw aanvullende verzekering geeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- zorg die zuiver arbeidsgerelateerd of arbeidsrelevant is;
- zuiver cosmetische of esthetische chirurgie;
- verwijdering van overtollig lichaamsvet.

5) De Verdragspolis geeft geen recht op vergoeding van kosten voor zorg die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

C.12.2.d. Premie

Op uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekeringen passen we de premie aan als u de leeftijd bereikt van 18, 30, 40, 50, 60 en 70 jaar. De premiewijziging gaat in op de eerste dag van de volgende maand nadat u de betreffende leeftijd bereikt.

C.12.2.e. Duur van een aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering waarop dit artikel van toepassing is, sluit u voor minimaal drie volledige jaren af.

C.12.2.f. Tarief voor nota's uit uw woonland

Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afwikkeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Deze nota's kunnen betrekking hebben op zorg die valt onder de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Deze nota's kunnen ook betrekking hebben op zorg die daarbuiten valt maar in Nederland wel onder de Zorgverzekeringswet vallen.

Het marktconforme tarief is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is.

=====

HOOFDSTUK D

BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

D.0. OPENINGSARTIKEL

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

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

Naast deze verzekeringsvoorwaarden geldt het Vergoedingen Overzicht:

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

D.1. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

D.1.0. Medisch specialistische zorg algemeen

D.1.0.1. Tarieven

Voor medisch specialistische zorg die wij vergoeden uit de aanvullende verzekering, geldt geen wettelijk bepaald, vast tarief (het zogenaamde "punttarief"). Het tarief wordt bepaald door de medisch specialist.

D.1.0.2. Uitsluitingen

De volgende kosten voor medisch specialistische zorg vergoeden wij niet, ongeacht of deze zijn gemaakt voor de (behandelde) verzekerde of anderen:

- a. Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

D.1.0.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.1. Sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.1.1. Omschrijving van de zorg

Sterilisatie omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die tot doel heeft het verwekken of krijgen van kinderen te voorkomen.

D.1.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder

verantwoordelijkheid van een medisch specialist of huisarts.

Plaats

De sterilisatie vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch specialistische zorg;
- 2) de huispraktijk van de medisch specialist of huisarts;
- 3) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.2.1. Omschrijving van de zorg

Ongedaan maken van sterilisatie omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die tot doel heeft de mogelijkheid om kinderen te verwekken of te krijgen te herstellen.

D.1.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het ongedaan maken van de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.2.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Plaats

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

D.1.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

ding.

D.1.3.1. Omschrijving van de zorg

Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen) omvat zorg zoals medisch specialisten die door middel van plastische chirurgie plegen te bieden.

D.1.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van de oorstand (flaporen). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.3.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Plaats

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

D.1.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.4.1. Omschrijving van de zorg

Gezichtsscherptebehandelingen omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling tot doel hebben om daarmee de afhankelijkheid van gezichtshulpmiddelen te verminderen.

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het bedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de behandeling niet vergoed uit de hoofdverzekering.
- U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgverlener

Een medisch specialist (oogarts) voert de behandeling uit.

Plaats

De behandeling vindt plaats in:

- een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum);
- een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.5.1. Omschrijving van de zorg

Besnijdenis (circumcisie) omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Er kan bij een mannelijke verzekerde sprake zijn van:

- een medisch noodzakelijke besnijdenis;
- een besnijdenis die niet medisch noodzakelijk is maar plaatsvindt op sociale of religieuze gronden of anderszins.

D.1.5.2. Waar hebt u recht op?

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij:

- een medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- een besnijdenis (circumcisie) die niet medisch noodzakelijk is maar plaatsvindt op sociale of religieuze gronden of anderszins.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.
- de huisarts / andere instelling brengt de kosten in rekening die wij overeengekomen zijn.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of daartoe bevoegde huisarts.

Plaats

De besnijdenis vindt plaats in of bij:

- 1) een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum);
- 2) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg;
- 3) de locatie van de praktijk van de huisarts, die de besnijdenis uitvoert.

D.1.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.6. Correctie van bovenoogleden

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.6.1. Omschrijving van de zorg

Correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

D.1.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.6.3. Voorwaarden

Algemeen

- Het verslaptte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt, waardoor sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking.
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.
- Wij hebben een aanvraag van uw behandelend specialist ontvangen. Hierop staat een omschrijving en motivatie van de behandeling.
- U stuurt ons een recente kleurenfoto waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto hebt uzelf gemaakt of een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Een oogarts of plastisch chirurg voert de behan-

deling uit.

Plaats

De correctie van de bovenoogleden vindt plaats in:

- a. een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum);
- b. een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

D.1.6.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.

D.1.6.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.7. Cosmetische behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.7.1. Omschrijving van de zorg

Cosmetische behandelingen omvatten zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en zijn uitsluitend gericht op verfraaiing van het uiterlijk.

D.1.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden cosmetische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De maximale vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- b. De maximum vergoeding die op uw Vergoedingen Overzicht staat, geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.
- c. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening door middel van een nota met vermelding van de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig

behandelcentrum).

D.1.7.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden onder dit artikel niet de kosten van ooglaserverhandeling.

D.1.7.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.8. Behandeling tegen snurken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.8.1. Omschrijving van de zorg

Behandeling tegen snurken omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

D.1.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.8.3. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Plaats

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

D.1.8.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen tegen snurken.

D.1.8.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.1.9. Vervanging van borstprothese

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.9.1. Omschrijving van de zorg

Medisch specialistische zorg (plastische chirurgie), waar het gaat om vervanging van een of beide borstprothese(n), omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

D.1.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de vervanging van een of beide borstprothese(n).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van een medische noodzaak voor het operatief vervangen van (een) borstprothese(n) die is ingebracht in een andere situatie dan na een borstamputatie.
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of een medisch specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2. PREVENTIE

D.2.1. Preventieve inenting

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.1.1. Omschrijving van de zorg

Preventieve inenting omvatten zorg ter voorkoming van infectieziekten.

D.2.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventieve inenting tegen:

- griep (influenza);
- meningococcon.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.1.3. Voorwaarden

Algemeen

De preventieve inenting is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.

Voorschrift

De preventieve inenting tegen meningococcon is door een arts, bedrijfsarts of G.G.D.-arts voorgeschreven.

Leverancier

Een apotheek, G.G.D. of door ons gecontracteerde leverancier levert de entstof van de preventieve inenting.

D.2.1.4. Uitsluitingen

Inenting die zijn gegeven of hadden moeten worden gegeven op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's vergoeden wij niet.

D.2.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.2. Preventieve onderzoeken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventieve onderzoeken om een ziekte te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen.

D.2.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende preventieve onderzoeken:

- 1) onderzoeken naar aandoeningen aan hart en bloedvaten en naar risicofactoren voor deze aandoeningen;
2) periodiek geneeskundig onderzoek;
- b. onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.2.3. Voorwaarden

Algemeen

Het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig, maar gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is;

Verwijzing

niet vereist

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.2.b. wordt uitgevoerd door een door ons erkende en gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.

D.2.2.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. zelftesten;
- b. (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
- c. (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn en die vallen onder de vergoeding van de hoofdverzekering;
- d. (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning vereist is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
- e. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard of in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
- f. (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel D.2.6. "Sportmedisch advies";
- g. beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);
- h. werkplek onderzoeken;
- i. keuringen gericht op arbeidsintegratie;
- j. beroepskeuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).

D.2.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Voor onderzoeken als bedoeld in artikel D.2.2.2.a. zie artikel A.21.

Wij vergoeden geen onderzoeken als bedoeld in artikel D.2.2.2.b. als deze plaatsvinden door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventieve maatregelen in de vorm van bepaalde tabletten, inentingen en geneesmiddelen in verband met een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Deze zorg omvat tevens een inentingsboekje of vaccinatieboekje dat als officiële verklaring hoort bij de inenting.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.3.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.2.3.1. vergoeden wij ter voorkoming van een ziekte:

- a. tabletten tegen:
 - 1) malaria;
 - 2) tyfus.
 - b. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) difterie;
 - 2) tetanus;
 - 3) polio;
 - 4) hepatitis-A;
 - 5) hepatitis-A/B (combinatievaccin);
 - 6) gele koorts;
 - 7) tyfus.
 - c. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) hepatitis-B;
 - 2) tuberculose;
 - 3) meningitis;
 - 4) Japanse encefalitis;
 - 5) tekenencefalitis;
 - 6) rabiës (hondsdoelheid).
 - d. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) cholera.
 - e. preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen in verband met een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.
 - f. een inentingsboekje of vaccinatieboekje dat als officiële verklaring hoort bij de inenting.
- Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inentingen of - geneesmiddelen worden voorgeschreven;
- b. De preventieve inentingen of - geneesmiddelen zijn niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.

Voorschrift

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) schrijft de preventieve middelen of preventieve inentingen voor en geeft deze.

Leverancier

Een apotheek, een G.G.D. of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen.

D.2.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.4. Medische screening bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat preventief onderzoek (medische screening) bij adoptiekinderen die afkomstig zijn uit het buitenland.

D.2.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventief onderzoek bij adoptiekinderen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten. Deze verzekerde wordt de adoptiefouder;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- Het te adopteren kind is afkomstig uit het buitenland;
- Het preventieve onderzoek (medische screening) hangt samen met het adoptieproces.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door een kinderarts.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland.

D.2.4.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet een preventief onderzoek van uw adoptiekind dat niet met de daarvoor bestemde DBC wordt gedeclareerd door een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.2.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.5. Consulten voor vrouwen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat consulten voor vrouwen.

D.2.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op:

- overgang;
- jonge vrouwen;
- zorgeloos zwanger zijn;
- kinderwens;
- kankerpreventie.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.5.3. Voorwaarden

Zorgverlener

- de overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende of gecontracteerde beroepsgroep;
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- de overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door:
 - een verloskundige;
 - een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

D.2.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.6. Sportmedisch advies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat sportmedisch advies.

D.2.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden sportmedisch advies:

- sportmedische behandelingen;
- sportkeuringen;
- röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- sportmedische consulten en sportmedisch onderzoek.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen

Overzicht.

D.2.6.3. Voorwaarden

Algemeen

Röntgen- en laboratoriumonderzoek vinden plaats ten behoeve van keuringen.

Zorgverlener

- a. De sportarts:
 - 1) werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen; of
 - 2) is geregistreerd als gecertificeerd sportdokterarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.
- b. De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.

D.2.6.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.7. Voedingsadvies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voedingsadvies. Dit bestaat uit advisering en begeleiding bij gewichtscontrole.

D.2.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor voedingsadvies. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en sprake is van een lichte mate van overgewicht (BMI tussen 25 en 30, bij uitzondering boven 30);
- b. De zorg richt zich op voeding en beweging.

Zorgverlener

De zorg wordt gegeven door:

- a. een gediplomeerde gewichtsconsulent die is aangesloten bij een door ons erkende of gecontracteerde vereniging van gewichtsconsulenten;

- b. een diëtist.

D.2.7.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezondheids cursussen en beweegprogramma's gericht op voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid.

D.2.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. gezondheids cursussen en beweegprogramma's die in het algemeen gericht zijn op het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte;
- b. gezondheids cursussen en beweegprogramma's die in het bijzonder gericht zijn op voorbereiding op de bevalling, begeleiding bij de bevalling en het fysieke herstel van de vrouwelijke (zwangere) verzekerde tot maximaal zes maanden na de bevalling.
- c. gezondheids cursussen die in het algemeen gericht zijn op het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte; Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.8.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U overhandigt ons na afloop van de gezondheids cursus of het beweegprogramma een bewijs van deelname;
- b. Als diabetespatiënt maakt u minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel Diabetes Pas;
- c. In de gehele periode dat u een gezondheids cursus of beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een gezondheids cursus en beweegprogramma.

Zorgverlener

De gezondheids cursus en het beweegprogramma worden gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging. Voor diabetespatiënten moet deze patiëntenvereniging de gezondheidsbelangen van dia-

betespatiënten behartigen.

- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis);
- e. een organisatie die door het Oranje Kruis is gecertificeerd danwel het Oranje Kruis zelf, als de gezondheids cursus betrekking heeft op een EHBO-cursus;
- f. een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus of beweegprogramma;
- g. een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus of beweegprogramma;
- h. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

D.2.8.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. sportmassage;
- b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
- c. bedrijfshulpverleningscursussen, waaronder EHBO-cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang.

D.2.8.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.2.9. Contributie patiëntenvereniging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.2.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de contributie en/of het inschrijfgeld van bepaalde patiëntenverenigingen, kruisverenigingen of thuiszorginstellingen.

D.2.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van.

- a. één of meer patiëntenverenigingen;
 - b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.
- Het aantal van die verenigingen en de hoogte van die contributie of het inschrijfgeld staan op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.9.3. Voorwaarden Zorgverlener

de contributie en/of het inschrijfgeld betreffen:

- a. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling die regionaal of landelijk kan werken of georganiseerd kan zijn.

D.2.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.3. GENEESMIDDELEN

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

D.3.1.1. Algemene voorwaarden

In artikel B.23.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. Artikel B.23.1. geldt ook voor uw rechten op geneesmiddelen op grond van de artikelen D.3.2. en volgende van de aanvullende verzekeringen.

D.3.1.2. Algemene uitsluitingen

De volgende (kosten van) zorg vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:

- a. geneesmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ of de hoofdverzekering;
- b. geneesmiddelen die door de overheid voor subsidie of overheidsfinanciering in aanmerking komen;
- c. geneesmiddelen die niet door ons zijn aangegeven (preferentiebeleid);
- d. versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen, dieetpreparaten en vitaminepreparaten;
- e. verzorgingsproducten zoals zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
- f. middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid;
- g. cosmetische producten, zoals Vichy producten;
- h. bijkomende kosten zoals administratie- of verzendkosten.

D.3.1.3. Uitsluitingen, tenzij uitdrukkelijk verzekerd in het Vergoedingen Overzicht

De hieronder genoemde (kosten van) zorg vergoeden wij niet, tenzij in een van de onderdelen van artikel D.3. een vergoeding is beschreven waarvoor u uitdrukkelijk aanvullend verzekerd bent volgens uw Vergoedingen Overzicht:

- a. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- b. eigen bijdragen voor geneesmiddelen die onder de Zorgverzekering (hoofdverzekering) vallen;

- c. geneesmiddelen die niet onder de Zorgverzekering (hoofdverzekering) vallen, omdat ze niet in het GVS zijn opgenomen;
- d. geneesmiddelen die niet voldoen aan de voorwaarden van Bijlage 2 (geneesmiddelen) van de Regeling zorgverzekering.
- e. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;

D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf voor geneesmiddelen moet betalen.

D.3.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:

- a. anticonceptie geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen dan anticonceptie geneesmiddelen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt op grond van de hoofdverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de geneesmiddelen waarvoor de eigen bijdrage GVS geldt.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Leverancier

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

Bij een Internetverzekering zijn de geneesmiddelen zijn geleverd door een internetapotheek.

Plaats

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

D.3.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen.

D.3.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- a. De geneesmiddelen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- b. De geneesmiddelen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener

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

Plaats

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

D.3.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.3.4. Overige geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat geneesmiddelen die volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) niet worden vergoed.

D.3.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geneesmiddelen die volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) niet worden vergoed.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het gaat om een geneesmiddel. Dat geneesmiddel moet geregistreerd zijn.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Zorgverlener

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

Plaats

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

D.3.4.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet geneesmiddelen die onder de dekking:

- van de hoofdverzekering vallen;
- van een van de andere artikelen van D.3. vallen.

D.3.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.3.5. Anticonceptiemiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.3.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat anticonceptie geneesmiddelen en anticonceptie hulpmiddelen die volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) tot een bepaalde leeftijd worden vergoed.

D.3.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden anticonceptie geneesmiddelen en anticonceptie hulpmiddelen zoals beschreven onder artikel D.3.5.1.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.3.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie geneesmiddelen en artikel D.4.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze

aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Als het gaat om een anticonceptie geneesmiddel, moet dat geneesmiddel geregistreerd zijn.
- Het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel wordt volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) tot een bepaalde leeftijd vergoed.
- U krijgt op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie geneesmiddelen en hulpmiddelen omdat uw leeftijd niet aan de daar gestelde voorwaarden voldoet.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige schrijft het anticonceptie geneesmiddel of hulpmiddel voor.

Zorgverlener / Leverancier

Het anticonceptie geneesmiddel is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Het anticonceptie hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier.

Plaats

U krijgt het anticonceptie geneesmiddel in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

Het anticonceptie hulpmiddel wordt afgeleverd:

- op de locatie van de leverancier die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- op uw woonadres;
- op een andere locatie die u en de leverancier overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.3.5.4. . Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4. HULPMIDDELENZORG

D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

D.4.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de levering van:

- functionerende medische hulpmiddelen zoals die zijn beschreven in de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen. Volgens de hoofdverzekering krijgt u slechts een gedeeltelijke vergoeding, omdat vanuit de

Zorgverzekeringswet sprake is van maximum vergoedingsbedragen en eigen bijdragen;

- b. hulpmiddelen die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen.

D.4.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij geven een vergoeding voor de volgende hulpmiddelen:

- a. functionerende medische hulpmiddelen zoals die zijn beschreven in de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen. Volgens de hoofdverzekering krijgt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. U ontvangt van ons een vergoeding van de eigen bijdragen en/of een aanvullende vergoeding op de maximumbedragen.
- b. (hulp)middelen, die buiten de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen vallen en waarvoor u op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding krijgt.

Waarvan sprake is en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Als sprake is van hulpmiddelen als bedoeld in artikel D.4.1.1. onder a. (functionerende medische hulpmiddelen zoals beschreven in de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen) waarvoor uw aanvullende verzekering een aanvullende vergoeding kan geven, voldoet u aan de voorwaarden van artikel B.24. en van het Reglement Hulpmiddelen. Een voorwaarde geldt niet als wij hiervan afwijken in deze verzekeringsvoorwaarden of in uw Vergoedingen Overzicht;
- b. Als sprake is van (hulp)middelen als bedoeld in artikel D.4.1.1. onder b. waarvoor uw aanvullende verzekering een aanvullende vergoeding kan geven, voldoet u aan de voorwaarden hieronder;
- c. Het (hulp)middel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld. Wij beoordelen of dat zo is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij geven u in deze verzekeringsvoorwaarden aan, of wij u vooraf een akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden verbinden. Hebben wij voor een hulpmiddel als bedoeld in artikel D.4.1.1. onder a. (functionerende medische hulpmiddelen zoals beschreven in de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen) op grond van hoofdverzekering een akkoordverklaring afgegeven, dan is deze ook akkoordverklaring ook van kracht voor een aanvullende verze-

kering.

Verwijzing

Er is voor het hulpmiddel of verbandmiddel verwezen, zoals wij dat in deze verzekeringsvoorwaarden voor het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel hebben aangegeven.

Voorschrift

Het hulpmiddel of verbandmiddel is voorgeschreven, zoals wij dat in deze verzekeringsvoorwaarden voor het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel hebben aangegeven.

Leverancier

Het hulpmiddel of verbandmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd:

- 1) op de locatie van de leverancier die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel of verbandmiddel;
- 2) op uw woonadres;
- 3) op een andere locatie die u en de leverancier overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

D.4.1.4. Uitsluitingen

De uitsluitingen van artikel B.24.6. zijn van toepassing.

U hebt verder geen recht op kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk een aanvullende verzekering staat die u ook voor dat verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico verzekert.

D.4.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.2. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor orthopedische schoenen en aangepaste confectieschoenen.

D.4.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor:

- a. orthopedische schoenen of aanpassingen daarop, en/of
 - b. aanpassingen op confectieschoenen.
- Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

D.4.2.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.3. Verbandschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (een deel van) het bedrag dat u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor verbandschoenen.

D.4.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor verbandschoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

D.4.3.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.3.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (een deel van) de eigen bijdrage

die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor een pruik of een andere vorm van hoofdbedekking.

D.4.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van):

- a. de eigen bijdrage die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor een pruik; of
 - b. een andere vorm van hoofdbedekking.
- Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.2.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.1. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus van een van de functionerende medische hulpmiddelen zoals die zijn beschreven in de Regeling zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

D.4.4.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.5. Hoortoestellen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (een deel van) het bedrag dat u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor gehoorhulpmiddelen.

D.4.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor gehoorhulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

D.4.5.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.5.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.6. Plaswepker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een plaswepker met noodzakelijke toebehoren.

D.4.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden een plaswepker met noodzakelijke toebehoren als sprake is van:

- a. koop; of
- b. huur.

De vergoeding is eenmalig tijdens de gehele duur dat u bij ons verzekerd bent. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.6.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorschrift

De plaswepker is voorgeschreven door huisarts, huisartsvoorziening, G.G.D.-arts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

Leverancier

U koopt of huurt de plaswepker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

D.4.6.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1. Verder vergoeden wij niet de kosten van huur als wij de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.

D.4.6.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.7. Gezichtshulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezichtshulpmiddelen.

D.4.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschaft.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Vergoedingsperiode

Op uw Vergoedingen Overzicht staat vermeld tot welk maximumbedrag wij binnen een bepaalde periode vergoeden.

Bij sommige aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel D.1.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering kunt u zien of dat het geval is.

D.4.7.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- a. Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- b. Als het om nachtlenzen gaat, hebben zij een bepaalde refractiewaarde;
- c. De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.
- d. De nota moet voldoende gespecificeerd zijn.

Leverancier

U koopt de gezichtshulpmiddelen bij:

- a. een opticien;
- b. een internetleverancier;
- c. een andere winkel of leverancier waar u gezichtshulpmiddelen op sterkte kunt krijgen.

D.4.7.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1. Verder vergoeden wij niet:

- a. brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaft;
- b. niet-optische middelen;
- c. servicecontracten en verzekeringen;
- d. optische middelen niet op sterkte;
- e. het slijpen en/of overzetten van brillenglazen;
- f. bijkomende kosten.

D.4.8. Steunzolen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf en reparatie.

D.4.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het aanmeten, de aanschaf en reparatie van steunzolen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.8.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het betreft individueel vervaardigde steunzolen.

Voorschrift

Een arts schrijft de steunzolen voor.

Leverancier

De orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker die de steunzolen maakt, is door ons erkend of gecontracteerd.

D.4.8.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.8.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetbehandeling.

D.4.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetbehandeling. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.9.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U bent aanvullend verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen voor voetbehandeling zijn voorgeschreven en geleverd.

Voorschrift

Een podotherapeut, podoloog of pedicure schrijft de hulpmiddelen omdat ze een onderdeel zijn van en nodig zijn voor een voetbehandeling.

Zorgverlener

De hulpmiddelen nodig voor voetbehandeling worden door een podotherapeut, podoloog of pedicure geleverd.

D.4.9.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.9.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.10. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.10.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat bruikleen.

D.4.10.2. Waar hebt u recht op?

Wij stellen een thuisbewakingsmonitor in bruikleen ter beschikking voor:

- een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

D.4.10.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Een kinderarts schrijft de thuisbewakingsmonitor en de eventuele verlenging van de bruikleenperiode voor.

D.4.10.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.10.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.11. ADL-Hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.11.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat hulpmiddelen voor de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen.

D.4.11.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden ADL-hulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.11.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

Voorschrift

Een ergotherapeut geeft u advies welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Zorgverlener

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier of medische speciaalzaak. De levering kan ook plaatsvinden door een andere dan een medische speciaalzaak, mits geadviseerd door de ergotherapeut.

D.4.11.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.11.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.12. Verzorgingsartikelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.12.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verzorgingsartikelen.

D.4.12.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden verzorgingsartikelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.12.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts schrijft de verzorgingsartikelen voor.

D.4.12.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.12.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.13. Huur hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.13.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verlenging van de huurperiode voor hulpmiddelen.

D.4.13.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering, de kosten voor verlenging van de huur van hulpmiddelen die in eerste instantie onder de hoofdverzekering valt maar voor een bepaalde periode onder aanvullende verzekeringen verlengd kan worden.

Voor welke periode wij de verlengde huur vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.13.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De uitleenperiode van deze hulpmiddelen is verstreken;
- Er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Een uitleeninstantie stelt de hulpmiddelen ter beschikking, zoals wettelijk is bepaald.

D.4.13.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.13.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.14. Steunpessarium

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.14.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het plaatsen van een steunpessarium.

D.4.14.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan. Hoeveel wij vergoe-

den staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.14.3. Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Het steunpessarium is nodig in geval van een verzakking.

Voorschrift

Het steunpessarium is voorgeschreven door een huisarts.

Zorgverlener

Het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

D.4.14.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.14.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.15. Teststrips diabetespatiënten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.15.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat diabetestestmateriaal.

D.4.15.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips na gebruik van de digitale diabetespas. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.15.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;
- U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel „Diabetes Pas“.
- In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van de teststrips voor diabetespatiënten.

Zorgverlener

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaalzaak levert de teststrips;

D.4.15.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.15.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.16. Persoonsalarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.16.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een hulpmiddel voor persoonsalarmering op sociale indicatie.

D.4.16.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op huur, bruikleen of vergoeding van de aanschafkosten van een hulpmiddel voor persoonsalarmering op sociale indicatie. Op uw Vergoedingen Overzicht staat of u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt danwel dat u de huur- of aanschafkosten vergoed krijgt en voor hoeveel.

D.4.16.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

De bruikleen, aanschaf of huur vindt plaats via een door ons bemiddelde gecontracteerde leverancier.

D.4.16.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1. Ook vergoeden wij niet de abonnementskosten voor persoonsalarmering.

D.4.16.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.17. Condooms

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat condooms.

D.4.17.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van de kosten van condooms. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.17.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vult deze aan of wijkt daarvan af.

Zorgverlener

Een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten, levert de condooms.

D.4.17.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.18. Braces en bandages

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.18.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat braces en bandages.

D.4.18.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hoofdverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.18.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorschrift

Een arts of fysiotherapeut schrijft de brace of bandage voor.

D.4.18.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.18.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.4.19. Allergeenvrije schoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.4.19.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor allergeenvrije schoenen.

D.4.19.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) zelf moet betalen voor allergeenvrije schoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.4.19.3. Voorwaarden

Zie artikel D.4.1.

D.4.19.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.4.1.

D.4.19.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.5. PARAMEDISCHE ZORG

D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.5.1.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.16.1.

D.5.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.5.1.3. Voorwaarden

Zie artikel B.16.5. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

Zie artikel B.16.5. uitgebreid met:

- een psychosomatisch fysiotherapeut;
- een psychosomatisch oefentherapeut.

D.5.1.4. Uitsluitingen

Zie artikel B.16.6. Ook vergoeden wij niet:

- een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;
- oedeemtherapie / littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;
- littekenbehandeling na een naar ons oordeel normaal wondherstel.

D.5.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

Zorgverlener

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), revalidatiekliniek, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van het behandelprogramma.

D.6.1.4. Uitsluitingen

De reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u in verband met het programma Herstel & Balans maakt, vergoeden wij niet.

D.6.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.6.2. Eerstelijns psychologische zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.2.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.26.1.

D.6.2.2. Waar hebt u recht op?

In aanvulling op de vergoeding die u uit de hoofdverzekering voor eerstelijns psychologische, niet-specialistische GGZ zorg krijgt, vergoeden wij:

- de bijdragen die u volgens de hoofdverzekering zelf voor deze zorg moet betalen;
- eerstelijns psychologische zorg (de niet-specialistische GGZ zorg) waarop u geen recht hebt omdat u het maximale aantal zittingen uit de hoofdverzekering al vergoed hebt gekregen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.26.2.

D.6.2.4. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- Reiskosten;
- De kosten van eerstelijns psychologische, niet-specialistische GGZ zorg die u al vergoed krijgt uit de hoofdverzekering of AWBZ.
- De kosten van specialistische GGZ zorg, bestaande uit diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen, die vergoed worden uit de hoofdverzekering.

D.6.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.6.3. Inloophuizen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis.

D.6.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.3.3. Voorwaarden

Algemeen

De geestelijk maatschappelijke zorg die het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten levert, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Zorgverlener

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

D.6.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verschaffing van de benodigde lichtapparatuur.

D.6.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden huur- of aanschafkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie bij u thuis in verband met winterdepressie, of u krijgt deze apparatuur in bruikleen.

Waarvan wij u voorzien en hoeveel wij vergoeden

staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.4.3. Voorwaarden

Algemeen

De apparatuur is uitgerust voor therapie met vol-spectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.

Voorschrift

De lichttherapie is voorgeschreven door een psychiater of psychotherapeut na vaststelling van de diagnose winterdepressie.

Plaats

De zorg wordt bij u thuis verleend.

D.6.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.6.5. Traumaverwerking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.6.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eerste opvang direct na schokkende gebeurtenissen als u getroffen of direct betrokkene bent. Met eerste opvang bedoelen we ondersteuning bij het normale verwerkingsproces van slachtoffers en andere betrokkenen. Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- een overval;
- een gijzeling;
- agressie of ongeval waarbij zich letselschade voordoet;
- plotseling overlijden (bijvoorbeeld als getuige van zelfdoding);
- ongewenste omgangsvormen.

D.6.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kosten voor traumaverwerking:

- bij schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenissen;
- bij andere schokkende gebeurtenissen die niet samenhangen met uw werk.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.6.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- De schokkende gebeurtenis moet acuut zijn en u moet daarvan tijdelijk zo uit balans raken dat normaal dagelijks functioneren niet mogelijk is;
- Bij een schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenis moet deze raakvlak hebben met de uitvoering van uw werkzaamheden. Er is sprake van een bedrijfsongeval met letselschade, een overval of plotseling overlijden als gevolg

van zelfdoding;

- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn;
- De schokkende gebeurtenis moet in Nederland hebben plaatsgevonden.

Zorgverlener

Vergoeding vindt uitsluitend plaats als u gebruik maakt van een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

D.6.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.7. ALTERNATIEVE ZORG

D.7.1. Alternatieve Behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.7.1.3. Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register, waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- een arts voor alternatieve geneeswijzen;
- een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

D.7.1.4. Uitsluitingen

De volgende kosten van behandeling vergoeden wij niet:

- behandelingen die naar hun aard vallen onder uw hoofdverzekering, AWBZ, of onder een an-

der artikel uit uw aanvullende verzekering. Het is hierbij niet van belang of u voor dat andere artikel verzekerd bent. Dit geldt ook als u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt;

- b. experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren.

D.7.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.7.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten.

D.7.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.7.2.3. Voorwaarden

Zie artikel B.23.1. In artikel B.23.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering en gelden ook voor dit artikel D.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- a. De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;
- b. De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-Index.

Voorschrift

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener schrijft de geneesmiddelen voor. De behandeling van de voorschrijver is verzekerd volgens uw hoofdverzekering of aanvullende verzekering.

Leverancier

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

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheehoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

D.7.2.4. Uitsluitingen

De volgende kosten van geneesmiddelen vergoeden wij niet als alternatief geneesmiddel:

- a. Middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen volgens de Geneesmiddelenwet;
- b. Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering ook niet voor vergoeding in aanmerking komen;
- c. Homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die door een alternatief genezer geleverd zijn.

D.7.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.8. MONDZORG

D.8.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg die tandartsen plegen te bieden.

D.8.1.2. Waar hebt u recht op?

In aanvulling op de vergoeding die u uit de hoofdverzekering voor mondzorg krijgt, vergoeden wij aanvullend mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.1.3. Voorwaarden

Voorschrift

Een tandarts schrijft de zorg voor.

Zorgverlener

- a. Een tandarts;
- b. een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

D.8.1.4. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici, tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen, met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor deze behandelingen of leveringen;

- b. Kosten van het bleken van tanden, tenzij deze tandheelkundige behandeling uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering als vergoeding staat vermeld;
- c. Kosten van zorg die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;
- d. Kosten van orthodontische behandelingen. Deze behandelingen worden onder artikel D.8.5. vergoed.

D.8.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden ingeval van bepaalde restauratieve voorzieningen en verrichtingen.

D.8.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays);
- b. de daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts;
- c. bijbehorende techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.2.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd door middel van UPT-codes die beginnen met de letter "R".

D.8.2.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.8.1.4.

D.8.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.8.3. Gebitsprothesen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden ingeval van bepaalde prothetische voorzieningen en verrichtingen.

D.8.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen;
- b. de wettelijke bijdragen die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen;
- c. de met de volledige of gedeeltelijke gebitsprothese samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts;
- d. bijbehorende techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd door middel van UPT-codes die beginnen met de letter "P" of "J".

Zorgverlener

Een tandarts, een tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.

Plaats

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

D.8.3.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.8.1.4.

D.8.3.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden voorzover die niet is beschreven in artikelen D.8.2. en D.8.3.

D.8.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd door middel van UPT-codes.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist, tandprotheticus of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

D.8.4.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.8.1.4.

D.8.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.8.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat orthodontische behandelingen.

D.8.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden orthodontische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

a. Maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt.

b. Maximum bedrag tot of vanaf een bepaalde leeftijd

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag en tot of vanaf

een bepaalde leeftijd vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding over de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot of vanaf de genoemde leeftijd.

c. Maximum bedrag en groeivergoeding

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt.

Als u wijzigt van aanvullende verzekering en u hebt in een vorige aanvullende verzekering al vergoeding voor orthodontie gehad, dan wordt die ontvangen vergoeding afgetrokken van de maximum vergoeding voor orthodontie waar u in uw huidige aanvullende verzekering recht op hebt.

D.8.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

D.8.5.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.8.1.4.

D.8.5.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.9. KUURBEHANDELING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat vervoer naar en behandeling en verblijf in een kuuroord;

D.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- uw vervoer naar een kuuroord;
 - behandeling in een kuuroord;
 - verblijf in een kuuroord.
- Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een meerdaagse behandeling die tenminste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van artritis psoriatica

of een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Een reumatoloog schrijft de kuurbehandeling voor.

Zorgverlener

Het door ons erkende kuuroord is gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

Plaats

Een door ons erkend kuuroord.

D.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.10. HUIDTHERAPIEËN

D.10.1. UV-B lichtapparatuur

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

D.10.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximumvergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

D.10.1.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige vitiligo.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring

aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een dermatoloog schrijft de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur voor.

Zorgverlener

Een dermatoloog verleent de zorg.

D.10.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.10.2. Ontharing

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen.

D.10.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.10.2.3. Voorwaarden

Voorschrift

Een arts schrijft de ontharing voor.

Zorgverlener

Een dermatoloog, huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de ontharing uit.

D.10.2.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen;
- aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

D.10.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.10.3. Acnebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandeling van een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of in de hals.

D.10.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de behandeling van een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of in de hals.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.10.3.3. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of de hals.

Voorschrift

Een arts schrijft de acnebehandeling voor.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de acnebehandeling uit.

D.10.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.10.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.10.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat camouflagelassen en camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

D.10.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- camouflagelassen;
- de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.10.4.3. Voorwaarden

Algemeen

De camouflagelassen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

Voorschrift

Een arts schrijft de camouflagelassen voor.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist geeft de camouflagelassen.

D.10.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- verloskundige zorg. Zie artikel B.5.1.1.
- kraamzorg. Zie artikel B.7.1.a.

D.11.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- verloskundige zorg;
- kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.1.3. Voorwaarden voor verloskundige zorg

Zie artikel B.5.1.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U krijgt de zorg geheel of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering;
- De instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten voor medisch specialistische (verloskundige) zorg in rekening met het DBC-tarief.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Zorgverlener

Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

Plaats

De zorg vindt plaats bij u thuis, in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) of in het kraamhotel.

D.11.1.4. Voorwaarden voor kraamzorg

Zie artikel B.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt de zorg geheel of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aange-

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

D.11.1.5. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de:

- a. kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan waarop u volgens de hoofdverzekering recht hebt. Dit geldt niet als het gaat om extra aanvullende kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- b. verloskundige zorg en kraamzorg over een groter aantal uren kraamzorg dan waarop u recht hebt volgens de hoofdverzekering. Dit geldt niet als het gaat om extra kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- c. verloskundige zorg en kraamzorg voor de dagen, waarvoor u uit uw aanvullende verzekering een kraamzorguitkering ontvangt;
- d. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

D.11.1.6. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.2. Eigen bijdragen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. eigen bijdrage voor kraamzorg. Zie artikel B.7.1.a. voor kraamzorg;
- b. eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Zie artikel B.5.1.1. voor verloskundige zorg.

D.11.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de:

- a. eigen bijdrage voor kraamzorg;
- b. eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.2.3. Voorwaarden

Zie artikelen B.5.1.2. en B.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Plaats

- a. De bevalling en/of het kraambed vindt/vinden

zonder medische noodzaak plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis); of

- b. De bevalling en/of het kraambed vindt/vinden plaats in een kraamhotel; of
- c. Na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u kraamzorg in een kraamhotel; of
- d. Na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u kraamzorg thuis; of
- e. De bevalling en het kraambed vinden thuis plaats.

D.11.2.4. Uitsluitingen

Zie artikel B.7.3.

D.11.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.3. Kraamzorguitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat een kraamzorguitkering in plaats van kraamzorg.

D.11.3.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op een kraamzorguitkering. Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- a. beschouwen wij de dag dat u in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) bevalt als verpleegdag. Bevalt u poliklinisch en wordt daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag;
- b. telt het aantal geboren kinderen niet mee;
- c. beschouwen wij de laatste dag die de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor u in rekening brengt niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur.

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.3.3. Voorwaarden

Zie artikel D.11.1.4. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- a. U bevalt thuis of zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) of kraamhotel.
- b. U vraagt een kraamzorguitkering aan:

- in plaats van kraamzorg uit de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering, en
- in plaats van de vergoeding van de eigen bijdragen voor die kraamzorg uit de aanvullende verzekering.

D.11.3.4. Uitsluitingen

Wij geven geen kraamzorguitkering:

- voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
- voor de dagen die de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor een ziekenhuisopname bij ons in rekening brengt;
- voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw hoofdverzekering of aanvullende verzekering recht hebt;
- voor kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

D.11.3.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.4. Extra kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.4.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.7.1.a.

D.11.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de extra uren kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw hoofdverzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra uren kraamzorg wij vergoeden.

D.11.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.11.1.4. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U (de moeder) bent bij ons verzekerd;
- U (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling;
- De zorg volgt direct aansluitend op de zorg die u uit de hoofdverzekering ontvangen hebt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

aanvullende voorwaarden stellen.

D.11.4.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.11.1.5.

D.11.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.5. Couveuse nazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat couveuse nazorg.

D.11.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden couveuse nazorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.5.3. Voorwaarden

Zie artikel D.11.1.4. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U (de moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
- Uw kind heeft tenminste vijf dagen in de couveuse gelegen en / of uw kind heeft, op medische indicatie, tenminste acht dagen na de geboorte in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

D.11.5.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.11.1.5.

D.11.5.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.6.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.7.1.a.

D.11.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) zijn ontslagen. Hoeveel uren kraamzorg wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.6.3. Voorwaarden

Zie artikel D.11.1.4. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De opname van de moeder (en kind) in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) van moeder en kind is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

D.11.6.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.11.1.5.

D.11.6.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.7. Reiskosten gezonde moeder

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.7.1. Omschrijving van de zorg

Zie artikel B.25.2.1.a.

D.11.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- U (de moeder) hebt bij ons uw hoofdverzekering afgesloten; en
- Uw kind is jonger dan drie maanden; en
- Uw kind is op klinische medisch specialistische zorg aangewezen en daarom opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis); en
- U (de moeder) bent niet opgenomen in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis);
- Wij gaan daarbij uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Een arts schrijft de klinische medisch specialistische zorg en de ziekenhuisopname van uw kind voor.

D.11.7.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden uw reiskosten niet als u in aanmerking komt voor:

- een vergoeding door de overheid;
- een vergoeding uit uw hoofdverzekering.

D.11.7.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.8. Kraamzorg bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kraamzorg en instructie aan een ouder. Voor de kraamzorg zie artikel B.7.1.a.

D.11.8.2. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg inclusief instructie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.8.3. Voorwaarden

Zie artikel B.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om adoptie van een kind door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- Het adoptiekind is afkomstig uit het buitenland;
- Het adoptiekind is op het moment van adoptie ten hoogste zes maanden oud;
- Na de adoptie krijgt u kraamzorg thuis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet uiterlijk vier maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgverlener

Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg.

D.11.8.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.9. Lactatiekundige zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.9.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning bij borstvoeding.

D.11.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden lactatiekundige zorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.9.3. Voorwaarden

Algemeen

U (de moeder) bent bij ons verzekerd.

Verwijzing

De verwijzing van huisarts, verloskundige, gynaecoloog of kinderarts is vereist.

Zorgverlener

- De lactatiekundige is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen;
- De lactatiekundige maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

D.11.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.10. TENS bij bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.10.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verstrekking in bruikleen van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

D.11.10.2. Waar hebt u recht op?

Wij verstrekken in bruikleen een TENS. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.10.3. Voorwaarden

Zie artikel B.24.4. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (de moeder) bent bij ons verzekerd.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekre-

gen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een voorschrift is vereist van de verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een door ons erkende of gecontracteerde zorgverlener.

D.11.10.4. Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel.

D.11.10.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.11.11. Prenatale screening

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.11.11.1. Omschrijving van de zorg

Prenatale screening omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

D.11.11.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden aan een vrouwelijke verzekerde de kosten van een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.11.11.3. Voorwaarden

Algemeen

- U bent een vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar en de prenatale screening is medisch niet noodzakelijk maar vindt plaats op uw verzoek;
- Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgverlener

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een huisarts, verloskundige of medisch specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening.

Plaats

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

D.11.11.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.12. OVERIGE THERAPIEËN

D.12.1. Stottertherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. stottertherapie volgens de methode:
 - 1) Del Ferro;
 - 2) B.O.M.A.;
 - 3) I.N.S. (Instituut Natuurlijk Spreken, vooreen Hausdörfer).
- b. pensionkosten.

D.12.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. stottertherapie;
 - b. pensionkosten,
- zoals beschreven in artikel D.12.1.1. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.12.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Pensionkosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking:

- a. als u uitdrukkelijk volgens het vergoedingen overzicht daarvoor verzekerd bent, en
- b. als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt, en
- c. als deze nodig zijn voor en direct te maken hebben met uw verblijf in een pension, en
- d. als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd voor de therapiekosten en eventueel de pensionkosten en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een arts schrijft de stottertherapie voor.

D.12.1.4. Uitsluitingen

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

D.12.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.12.2. Obesitas behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat deelname aan het deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.

D.12.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan het deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.12.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- b. Er moet sprake zijn van zogenaamde morbide obesitas. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) 40 of meer bedraagt.
- c. U moet het volledige programma voltooid hebben.
- d. De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Plaats

De behandeling vindt plaats in een door ons erkend of gecontracteerd behandelcentrum.

D.12.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.12.3. Algemene voetbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voetbehandeling.

D.12.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden voetbehandeling. Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

D.12.3.3. Voorwaarden

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de behandeling uit.

D.12.3.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- steunzolen onder dit artikel;
- hulpmiddelen voetbehandeling onder dit artikel;
- behandelingen van patiënten bij diabetes mellitus, reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen onder dit artikel D.12.3.1.

D.12.3.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat voetbehandeling in bijzondere gevallen.

D.12.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden voetbehandelingen door een podotherapeut. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.12.4.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan:

- reumatoïde artritis;
- ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling of het consult voor.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door een podotherapeut.

D.12.4.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden onder dit artikel niet:

- steunzolen;
- hulpmiddelen voetbehandeling;
- voetbehandeling voor andere indicaties dan bedoeld in dit artikel;
- voetbehandeling zonder indicaties.

D.12.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.12.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat pedicurebehandeling in bijzondere gevallen.

D.12.5.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden pedicurebehandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.12.5.3. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan reumatoïde artritis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling of het consult voor.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door:

- een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet). De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan reumatoïde artritis. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed.
- een medisch pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als medisch pedicure. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan reumatoïde artritis. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed.

D.12.5.4. Uitsluitingen

Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij niet onder dit artikel.

D.12.5.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13. VERBLIJF EN VERVOER

D.13.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat deelname aan een therapeutisch kamp voor kinderen:

- met astma;
- met diabetes mellitus;
- met obesitas.

D.13.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de deelnamekosten van uw verzekerd kind jonger dan 18 jaar aan een therapeutisch kamp voor kinderen:

- met astma;
- met diabetes mellitus;
- met obesitas.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Uw kind lijdt aan één van de hiervoor genoemde aandoeningen.

Zorgverlener

Een door ons erkende representatieve vereniging of instelling die de belangen van patiënten met een van de hiervoor genoemde aandoeningen behartigt, organiseert het kamp.

D.13.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- verblijf 's nachts in een logeershuis;
- verblijf in een Mappa Mondo huis;
- verblijf 's nachts in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

D.13.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- het verblijf van u 's nachts in een kamer in een

logeershuis;

- het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis;
- het verblijf van u 's nachts in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeershuis of Mappa Mondo huis. Na ons goedkeuren mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeershuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- het verblijf van u en/of maximaal twee logés 's nachts in een logeershuis (één kamer in totaal) wordt vergoed als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).
- het verblijf van u 's nachts in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis moet aansluiten op uw poliklinische behandeling met chemo- of radiotherapie.

Zorgverlener

Het logeershuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) in Nederland of uw woonland; of
- een gecontracteerde instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) buiten uw woonland.

D.13.2.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

D.13.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verpleging in een hogere klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

D.13.3.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of u hiervoor verzekerd bent en voor welke klasse u dan verzekerd bent.

D.13.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de kosten die uit de hoofdverzekering worden vergoed, als dit vereist is volgens de voorwaarden van de hoofdverzekering. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

Zorgverlener

De instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten in rekening met het DBC-tarief of de klassentoeslag.

D.13.3.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- Verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de hoofdverzekering.
- Verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
- Verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.

D.13.3.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- Liggelduitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag.
- Compensatie-uitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag voor de periode van verblijf in een dergelijke instelling in Nederland of uw woonland waarin geen kamer voor maximaal twee personen beschikbaar is.
- Luxe arrangement. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis, niet zijnde een revalidatiecentrum), vergoeden wij de kosten van een luxe arrangement / comfortpakket.
- Televisie, telefoon, internet en radio. De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van huurkosten voor televisie, telefoon, internet en radio die in rekening zijn gebracht tijdens ziekenhuisverblijf.
- Reiskosten partner. De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van reiskosten gemaakt door zijn/haar partner naar en van het ziekenhuis in Nederland of het woonland waar de verzekerde verblijft.

D.13.4.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.4.1. vergoeden wij:

- Liggelduitkering;
- Compensatie-uitkering;
- Luxe arrangement;
- Televisie, telefoon, internet en radio.
- Reiskosten van de partner.

Hoe hoog de uitkering of vergoeding is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.4.3. Voorwaarden

Algemeen

- U dient bij ons een verzoek in voor de liggelduitkering, de compensatie-uitkering of het luxe arrangement als u wordt opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).
- Als u in het buitenland bent opgenomen, moet

u zelf de liggelduitkering, de compensatie-uitkering of het luxe-arrangement aanvragen.

- c. Als het verblijf twee aaneengesloten kalenderjaren bestrijkt, wordt slechts éénmaal de maximale liggelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

D.13.4.4. Uitsluitingen

- a. Wij keren geen liggeld of compensatie uit als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- b. Wij vergoeden geen aansluit-, verbindings- of gesprekskosten voor telefoon of internet;
- c. Wij vergoeden onder dit artikel niet de kosten voor medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten.

D.13.4.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.5. Zittend ziekenvervoer

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat met betrekking tot zittend ziekenvervoer:

- a. bij gebruik van openbaar vervoermiddel, huurauto, eigen auto of taxi vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de hoofdverzekering per jaar moet betalen;
- b. bij gebruik van huurauto, eigen auto of taxi een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de hoofdverzekering;
- c. een vervangende vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- d. een vervangende vergoeding bij gebruik van een huurauto of eigen auto binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

D.13.5.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.5.1. vergoeden wij:

- a. de wettelijke eigen bijdrage van de hoofdver-

zekering;

- b. tot een bepaald bedrag per kilometer een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de hoofdverzekering.
- c. de kosten voor zittend ziekenvervoer per taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug,
- d. de kosten voor zittend ziekenvervoer per huurauto of eigen auto binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug,

Op het Vergoedingen Overzicht staat of de eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

D.13.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- b. Het zittend ziekenvervoer houdt verband met een medisch onderzoek of medische behandeling die (gedeeltelijk) op grond van de hoofdverzekering of de aanvullende verzekering wordt vergoed;
- c. De kosten van zittend ziekenvervoer vallen onder de dekking van de aanvullende verzekering als en voorzover deze niet onder de hoofdverzekering worden vergoed.
- d. Wij gaan uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet.

Aanvullende voorwaarde voor D.13.5.1.c. en D.13.5.1.d.:

De behandelend medisch specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist schrijft het ziekenvervoer voor, als het gaat om het zittend ziekenvervoer genoemd onder artikel D.13.5.1.a. of b.

Zorgverlener

- a. Het ziekenvervoer genoemd onder artikel D.13.5.1.a. vindt plaats met een erkende vervoerhoudende taxivervoerder, het openbaar vervoer of door gebruik te maken van uw eigen auto of huurauto;
- b. Het ziekenvervoer genoemd onder artikel

- D.13.5.1.b. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder of door gebruik te maken van uw eigen auto of huurauto;
- c. Het ziekenvervoer genoemd onder artikel D.13.5.1.c. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder;
- d. Het ziekenvervoer genoemd onder artikel D.13.5.1.d. vindt plaats met een huurauto of eigen auto.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

D.13.5.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
- de kosten van ziekenvervoer in verband met AWBZ-zorg;
- kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.

D.13.5.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.6. Herstellingsoord

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.6.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verblijf in een herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening.

D.13.6.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden het verblijf in een herstellingsoord. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een door ons gese-

lecteerd herstellingsoord.

D.13.6.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van het verblijf in een herstellingsoord:

- als u op grond van de AWBZ aanspraak hebt op dezelfde of vergelijkbare zorg;
- als het verblijf aaneengesloten over twee jaren verspreid is en uw aanvullende verzekering al het maximale bedrag heeft vergoed over het eerste jaar.

D.13.6.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.7. Eigen bijdrage hospice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice.

D.13.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.7.3. Voorwaarden

Plaats

De persoonlijke verzorging en verpleging vindt plaats in een hospice.

D.13.7.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen huishoudelijke hulp en verpleging die op grond van de AWBZ door het CAK bij u in rekening worden gebracht.

D.13.7.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.8. Ondersteuning thuisituatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- 24-uurs verzorging
- zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf.

D.13.8.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.13.8.1. vergoeden wij de kosten voor :

- 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.8.3. Voorwaarden

Algemeen

Er moet sprake zijn van onoplosbare problemen in de thuissituatie waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een professionele organisatie.

D.13.8.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.9. Kinderopvang

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat kinderopvang.

D.13.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden kosten voor kinderopvang. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- De kinderopvang betreft uw kind(eren) tot ten hoogste de leeftijd van 14 jaar;
- De verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- Tenminste één van de gezinsleden heeft een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding van kinderopvang;
- De vergoeding begint op een bepaalde dag gerekend vanaf de opname van de verzorgende ouder;
- De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg;

Zorgverlener

De kinderopvang vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder.

D.13.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.10. ZorgTV

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.10.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het abonnement van ZorgTV.

D.13.10.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de abonnementskosten van ZorgTV. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.10.3. Voorwaarden

Algemeen

- Aan de nota is toegevoegd een verklaring van de behandelend arts of -verpleegkundige waaruit blijkt dat het gebruik van ZorgTV een meerwaarde biedt voor uw behandeling, verzorging of verpleging.
- ZorgTV wordt voor minimaal één jaar in gebruik genomen.
- Kosten van het gebruik van ZorgTV worden uitsluitend vergoed voor zover het gebruik bestemd is voor zorginhoudelijke doeleinden.

Voorschrift

Voorschrift van de behandelend arts of -verpleegkundige is vereist.

D.13.10.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.13.11. Reiskosten ouders

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.11.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het vervoer van u als ouders naar instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), waar uw kind is opgenomen.

D.13.11.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van u als ouders vanaf de eerste dag van de opname van uw verzekerde kind in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.11.3. Voorwaarden

Algemeen

- uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar;
- uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg buiten uw woonplaats;
- uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland, of - als u in Nederland woont - in België of Duitsland;
- Wij gaan uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet.

D.13.11.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland. Ook de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.) vergoeden wij niet.

D.13.12. Bezoekkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.13.12.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat het reizen van een bezoeker naar een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) als u daarin bent opgenomen.

D.13.12.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de reiskosten van één bezoeker vanaf de eerste dag van opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.13.12.3. Voorwaarden

Algemeen

- degene die opgenomen is, bent uzelf of is uw kind;
- wij vergoeden de reiskosten éénmaal in een bepaalde periode; hoelang die periode duurt, staat in uw Vergoedingen Overzicht;
- wij vergoeden per bezoek maximaal het aantal kilometers voor de heen- en de terugreis voor één bezoeker;
- de bezoeker hoeft niet bij ons verzekerd te zijn; de bezoekkosten vergoeden wij namelijk in

eerste instantie uit de aanvullende verzekering van degene die opgenomen is. Is deze niet bij ons verzekerd voor bezoekkosten, maar de bezoeker wel, dan vergoeden wij bezoekkosten uit de aanvullende verzekering van de bezoeker.

- wij gaan uit van de afstand tussen het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen en de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Deze is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht staat. Bij de berekening van de afstand gaan wij uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet;
- u voldoet aan de genoemde minimum aaneengesloten periode van opname. Deze periode bedraagt maximaal 365 dagen.
- u bent voor medisch-specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een revalidatie-inrichting of (psychiatrische) instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) in:
 - uw woonland; of
 - België of Duitsland, als u in Nederland woont.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten als bezoekkosten vergoedt, moet u vooraf kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte brengen. Doet u dat niet, dan beschouwen wij de eerste rekening voor bezoekkosten of logeerkosten die u indient als uw keuze. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van bezoekkosten tijdens een opname in België of Duitsland, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de opname in het betreffende land.

D.13.12.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de reiskosten:

- voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland;
- voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

D.13.12.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.14. BUITENLANDZORG

D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, die geheel of gedeeltelijk buiten de verzekeringsvoorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering valt.

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

Volgens de beschrijving in artikel D.14.1.1. vergoeden wij spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland die betrekking heeft op:

- a. zorg die uw hoofd- of aanvullende verzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt.

tarieven

Wij vergoeden de kosten volgens de tarieven die gelden in het land waar u de kosten maakt. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Wij vergoeden de hogere kosten vanuit de aanvullende verzekering. Dat doen we echter niet onbeperkt; wij hanteren de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De aanvullende verzekering vergoedt die hogere kosten van buitenlandse zorg tot het maximum tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;

- b. een tandheekkundige behandeling door een tandarts;
- c. het repatriëren van de zieke verzekerde;
- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
- e. medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;
- f. vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland of uw woonland;
- g. toezending van noodzakelijke geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
- h. kosten van telecommunicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
- i. medisch advies door het Medisch Team van

onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.14.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- b. De zorg is spoedeisend;
- c. De zorg is medisch noodzakelijk;
- d. Het bedrag dat u declareert, voldoet aan de gebruikelijke tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- e. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- f. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- g. U moet geheel medewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Zorgverlener

- a. Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg.
- b. Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de goederen.
- c. De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

D.14.1.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden geneesmiddelen en/of hulpmiddelen.

D.14.1.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.14.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;
- b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

D.14.2.2. Waar hebt u recht op?

U heeft recht op vergoeding van kosten:

- a. voor zorg buiten uw woonland;
- b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.14.2.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. De zorg komt volgens het voor u geldende

Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking.

- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland;
- c. De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen van de aanvullende verzekeringen blijven van kracht.

Zorgverlener

- a. Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg;
- b. Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de diensten en goederen;
- c. De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

D.14.2.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten voor vervoer naar en vanuit het buitenland.

D.14.2.5. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

Postadressen

Algemeen adres:

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Adres voor het insturen van uw nota's:

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 370, 5000 AJ Tilburg

Adres voor het insturen van klachten:

Delta Lloyd klachten zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Stichting Klachten en Geschillen

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

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320, 1110 AH Diemen

Telefoonnummers

Algemeen telefoonnummer

(026) 353 53 53

Klantenservice Zorg: (026) 353 53 53

Kraamzorgservice: (013) 593 82 25

Delta Lloyd Hulpdienst

(voor problemen in het buitenland):
+ 31-20-594 80 70

Hulpmiddelenlijn: (013) 593 82 25

Wachlijstbemiddeling: (013) 593 82 25

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen: (030) 698 83 60

Internet en e-mailadressen

Internetadres:

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

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekering: www.skgz.nl

Rechtspersoon en inschrijving KvK

Zorgverzekeringen:

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.

KvK 27118912

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Geldig vanaf 1 januari 2011

delta lloyd



Toelichting
Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2011

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

INDEX

UITLEG 6	
=====	7
HOOFDSTUK 0: INLEIDING	7
BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	7
=====	7
0.0. Welkom	7
0.1. Rechten en plichten	7
0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch	7
0.3. Verzekeringsdocumenten	8
0.4. Hoe weet u waar u recht op hebt	8
0.5. Nieuwe voorwaarden	9
0.6. Hoe lang duurt uw verzekering	9
0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening	9
0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening	9
0.9. Een erkende zorgverlener	10
0.10. Tarieven en vergoeding	10
0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring	10
0.12. Zorg in buitenland	10
=====	12
HOOFDSTUK A:	12
ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN ...	12
=====	12
A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	12
A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING	12
A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING	13
A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	13
A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN	14
A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN	14
A.9. BETALINGSACHTERSTAND	15
A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING	15
A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	15
A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	17
A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN	17
A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE	17
A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE	17
A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN	18
A.18. NOTA	18
A.21. TARIEVEN	18
A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING	21
A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER	22
A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN	22
A.25. GESCHILLEN	23
=====	24
HOOFDSTUK B:	24
BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING	24
=====	24
B.3. HUISARTSENZORG	24
B.4. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN	24

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.4.1. Ziekenhuisopname	24
B.4.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname	25
B.4.3. Verpleging zonder opname	25
B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard	25
B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING	26
B.5.1. Verloskundige zorg	26
B.5.2. Echoscopie	26
B.5.3. Prenatale screening	26
B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg	26
B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING	27
B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG	27
B.8. REVALIDATIE	27
B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE	27
B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME	28
B.11. MECHANISCHE BEADEMING	28
B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN	28
B.13. TROMBOSEDIENST	28
B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISERING	28
B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG	29
B.16. FYSIOTHERAPIE, BEKKENFYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK	29
B.17. ERGOTHERAPIE	29
B.18. LOGOPEDIE	29
B.19. DIEETADVISERING	30
B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	30
B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR	30
B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER	31
B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN	31
B.23.1. Geneesmiddelen algemeen	31
B.23.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen	32
B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen	33
B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt	33
B.23.5. Dieetpreparaten	33
B.24. HULPMIDDELENZORG	33
B.25. ZIEKENVERVOER	34
B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance	34
B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)	34
B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)	35
B.27. SPECIALISTISCHE GGZ	35
B.28. DYSLEXIEZORG	36
B.29. PREVENTIE	36
=====	37
HOOFDSTUK C:	37
ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	37
=====	37
C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	37
C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING	38
C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING	39
C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	39
C.10. VERGOEDING	39
C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN	40
C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN	40

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

=====	41
HOOFDSTUK D:	41
BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	41
=====	41
D.1. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	41
D.1.0. Medisch-specialistische zorg algemeen	41
D.1.1. Sterilisatie	41
D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie	41
D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)	42
D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen	42
D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)	42
D.1.6. Correctie van bovenoogleden	43
D.1.7. Cosmetische behandelingen	43
D.1.8. Behandeling tegen snurken	43
D.1.9. Vervanging van borstprothese	43
D.2. PREVENTIE	44
D.2.1. Preventieve inenting	44
D.2.2. Preventieve onderzoeken	44
D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland	44
D.2.4. Medische screening bij adoptie	44
D.2.5. Consulten voor vrouwen	45
D.2.6. Sportmedisch advies	45
D.2.7. Voedingsadvies	45
D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's	45
D.2.9. Contributie patiëntenvereniging	46
D.3. GENEESMIDDELEN	46
D.3.1. Geneesmiddelen algemeen	46
D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen	48
D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen	48
D.3.4. Overige geneesmiddelen	48
D.3.5. Anticonceptiemiddelen	48
D.4. HULPMIDDELENZORG	51
D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen	51
D.4.6. Plaswekker	51
D.4.7. Gezichtshulpmiddelen	51
D.4.8. Steunzolen	53
D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling	53
D.4.11. ADL-Hulpmiddelen	53
D.4.12. Verzorgingsartikelen	53
D.4.13. Huur hulpmiddelen	53
D.4.14. Steunpessarium	54
D.4.15. Teststrips diabetespatiënten	54
D.4.16. Persoonsalarmering	54
D.4.17. Condooms	54
D.4.18. Braces en bandages	54
D.5. PARAMEDISCHE ZORG	55
D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck	55
D.5.3. Instructie mantelzorgers	55
D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	55
D.6.1. Herstel & Balans	55
D.6.3. Inloophuizen	56
D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie	56
D.6.5. Traumazorg bij schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenissen	56

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.7. ALTERNATIEVE ZORG.....	56
D.7.1. Alternatieve Behandelingen	56
D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen.....	57
D.8. MONDZORG.....	58
D.8.1. Mondzorg algemeen	58
D.8.2. Kronen, bruggen en inlays.....	58
D.8.3. Gebitsprotheses.....	58
D.8.4. Overige mondzorg	58
D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)	58
D.9. KUURBEHANDELING	59
D.10. HUIDTHERAPIEËN	59
D.10.1. UV-B lichtapparatuur.....	59
D.10.2. Ontharing	59
D.10.3. Acnebehandeling	60
D.10.4. Camouflagetherapie.....	60
D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG.....	60
D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen	60
D.11.2. Eigen bijdragen	60
D.11.3. Kraamzorguitkering.....	60
D.11.4. Extra kraamzorg.....	61
D.11.5. Couveuse nazorg.....	61
D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname	61
D.11.7. Reiskosten gezonde moeder	61
D.11.8. Kraamzorg bij adoptie	62
D.11.9. Lactatiekundige zorg.....	62
D.11.10. TENS bij bevalling.....	62
D.11.11. Prenatale screening	62
D.12. OVERIGE THERAPIEËN.....	63
D.12.1. Stottertherapie	63
D.12.2. Obesitas behandeling	63
D.12.3. Algemene voetbehandeling	63
D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen	64
D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen	64
D.13. VERBLIJF EN VERVOER.....	65
D.13.1. Therapeutisch kamp	65
D.13.2. Logeerkosten	65
D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse	66
D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname	66
D.13.5. Zittend ziekenvervoer.....	67
D.13.6. Herstellingsoord	67
D.13.7. Eigen bijdrage hospice.....	67
D.13.8. Ondersteuning thuissituatie	68
D.13.9. Kinderopvang.....	68
D.13.10. ZorgTV	68
D.13.11. Reiskosten ouders	69
D.13.12. Bezoekkosten	69
D.14. BUITENLAND ZORG.....	69
D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	69
D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	70

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

UITLEG

In dit boekje staan voorbeelden en toelichtingen op de Verzekeringsvoorwaarden. Het heeft tot doel de teksten van de voorwaarden makkelijker leesbaar en begrijpbaar te maken. De Verzekeringsvoorwaarden zijn altijd leidend. Dit boekje moet daarom worden gelezen in combinatie met het boekje Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen. U kijkt dus eerst bij het artikelnummer in de Verzekeringsvoorwaarden en kijkt daarna in deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden bij het zelfde artikelnummer of er een uitleg/verduidelijking is.

Niet voor alle artikelen uit de Voorwaarden is een toelichting of uitleg opgenomen.

Naast een toelichting bij verschillende artikelen, hebben wij hierna ook een inleiding staan: hoofdstuk 0. Het is goed om die in ieder geval te lezen, omdat het u algemene informatie geeft.

Dit boekje kan gedurende het jaar worden aangepast en/of aangevuld. Een verandering in dit boekje betekent niet dat de Verzekeringsvoorwaarden ook zijn of worden veranderd. Bij elke (serie van) verandering(en) wordt een nieuwe vervangende versie gemaakt, zodat voor u altijd een actuele versie beschikbaar is.

De actuele Toelichting Verzekeringsvoorwaarden kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

=====

HOOFDSTUK 0: INLEIDING

BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

0.0. Welkom

Deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden is een verduidelijking van de Verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen die u bij ons hebt afgesloten.

0.1. Rechten en plichten

Uw rechten en plichten en die van ons staan:

- op uw polis én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen (in de hoofdstukken A tot en met D) én
- op het Vergoedingen Overzicht voor wat betreft de niet-zorgverzekeringen en de aanvullende zorgverzekeringen.

Deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden is bedoeld ter verduidelijking, als een soort handleiding. Deze Toelichting bevat géén rechten of plichten. Wanneer er wijzigingen in worden gedaan, geeft dat geen recht op wijziging of beëindiging van uw verzekering.

0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch

Uw verzekering(en) kunt u op drie manieren afsluiten:

- a. door middel van een schriftelijke aanvraag**
Sluit u een verzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten per post. U geeft wijzigingen op papier, via internet of telefonisch aan ons door en vraagt per post om de vergoeding van een rekening.
- b. via internet**
Een Internetverzekering sluit u af via internet. U geeft via internet wijzigingen aan ons door en vraagt via internet om de vergoeding van een rekening.
- c. door middel van een telefonische aanvraag**
Bij een verzekering die u telefonisch hebt afgesloten, ontvangt u alle documenten op papier. U vraagt ook per post om vergoeding van een rekening. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze verzekeringsvoorwaarden zorgverzekering en aanvullende verzekeringen zijn van toepassing, ongeacht de manier waarop u de verzekering hebt gesloten. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een Internetverzekering en een verzekering op papier wordt dit apart vermeld.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

0.3. Verzekeringsdocumenten

Uw verzekering bestaat uit onderstaande documenten:

a. Polis

Op uw polisblad staat:

- 1) wie verzekerd is;
- 2) de verzekeringnemer;
- 3) welke verzekering (Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering NaturaDirect of Zorgverzekering Restitutie en/of aanvullende verzekeringen) u hebt afgesloten;
- 4) de hoogte van de premie;
- 5) de hoogte van het verplichte eigen risico en ook het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico (dit geldt alleen voor de Zorgverzekering; uw aanvullende verzekering heeft geen eigen risico).

b. Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

De verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

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

c. Vergoedingen Overzicht

Voor de zorgverzekering is het Vergoeding Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering.

Voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoeding Overzicht voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

d. Notabegeleidingsformulieren met antwoordenvolp

U gebruikt deze als u rekeningen bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt dit formulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.

Bij onze Internetverzekeringen stuurt u rekeningen in via internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u waar u recht op hebt

Als u wilt weten waar u recht op hebt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke zorgverzekering en/of aanvullende verzekering(en) u verzekerd bent;
- b. Kijk in "Vergoedingen Overzicht" van uw verzekering en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als die zorg onder de zorgverzekering en/of uw aanvullende verzekering beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht op de zorg of de vergoeding daarvan.
- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in "Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen".
- d. Als u meer uitleg of een voorbeeld wilt op een artikel uit de "Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen", dan kijkt u in deze Toelichting.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

0.5. Nieuwe voorwaarden

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of de inhoud van uw verzekering hebben aangepast, kunnen de verzekeringsvoorwaarden en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarover een brief van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en verzekeringsvoorwaarden zijn na de wijzigingsdatum niet meer geldig.

0.6. Hoe lang duurt uw verzekering

Als u bij ons uw verzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij uw verzekeringen automatisch van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ruimschoots tevoren, samen met de wijzigingen in premie en vergoedingen voor het nieuwe jaar.

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

0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt? Meestal stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U stuurt de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per rekening aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener. U blijft wel altijd zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling aan de zorgverlener.

Nadat wij uw rekening hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw hoofdverzekering of aanvullende verzekering(en) recht hebt. Het kan dus zo zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt. Dat is ook het geval wanneer er bijvoorbeeld een eigen bijdrage geldt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het hele bedrag aan de zorgverlener. Hebt u dus op uw notabegeleidingsformulier aangegeven dat wij de kosten van de zorg rechtstreeks aan de zorgverlener moeten overmaken, dan doen wij dat alleen als de kosten voor volledige vergoeding in aanmerking komen.

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

Hebt u een Internetverzekering dan dient u rekeningen in via internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele rekeningen moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele rekening moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun rekeningen niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan de zorgverlener.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw verzekering recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt of van-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

wege een eigen risico. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald en hoeveel dat is. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage en/of eigen risico betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een Internetverzekering is dit altijd automatische incasso). Wanneer het gaat om een bedrag dat hoger is dan € 1.500,- krijgt u altijd een acceptgiro, ook al hebt u een machtiging afgegeven voor automatische incasso.

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid, voldoende kennis op zijn vakgebied heeft en - nog belangrijker - kwalitatief goede zorg verleent. Ook is het belangrijk dat een zorgverlener administratieve zaken goed geregeld heeft en bijvoorbeeld duidelijk aangeeft hoe en waar een patiënt klachten kan indienen. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of leverancier erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

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

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

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening volledig vergoeden. Er kan namelijk verschil zijn tussen het bedrag van de rekening en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Op het Vergoedingen Overzicht vindt u informatie over die tarieven.

Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing. Zie hiervoor artikel A.21. Tarieven in deze Toelichting.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Hierbij staat ook wat u, of de zorgverlener moet doen om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen.

Staat dit niet vermeld, of wilt u alleen een zorgadvies bij ons aanvragen omdat u twijfelt over de vergoeding, dan stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelend huisarts, medisch-specialist of tandarts waarin staat waarom de zorgverlener deze zorg nodig vindt; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

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

Als u vrijwillig zorgadvies hebt aangevraagd adviseren wij u om onze reactie af te wachten, zodat u weet op welke vergoeding u recht hebt, of aan welke (nadere) voorwaarden moet worden voldaan.

0.12. Zorg in buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

HOOFDSTUK A:

ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

A.1. Behandeling

“Vergoeding één behandeling van dezelfde soort per dag”:

Als u op één dag bijvoorbeeld een consult van een alternatief arts hebt en een behandeling fysiotherapie door een fysiotherapeut, dan vergoeden wij beide behandelingen.

We vergoeden niet twee behandelingen fysiotherapie die u op één dag hebt. Ook al krijgt u die bij twee verschillende fysiotherapeuten of zijn deze behandelingen voor verschillende aandoeningen.

A.1. Bevalling

Eindigt uw zwangerschap vóór de negentiende week, dan kan er sprake zijn van een miskraam. In dat geval hebt u geen recht op kraamzorg of op een kraamzorguitkering.

A.1. Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland behartigt als koepelorganisatie de belangen van zorgverzekeraars. Bijna alle zorgverzekeraars in Nederland zijn lid van Zorgverzekeraars Nederland.

A.1. Zorgverzekeringswet

Van verzekeringsplicht is alleen sprake, als u voor de AWBZ verzekerd bent. Het gaat dan voornamelijk om mensen die rechtmatig in Nederland wonen of die in het buitenland wonen maar in Nederland loonbelasting betalen.

A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Een hoofdverzekering kan een zorgverzekering zijn maar ook een andere verzekering (een niet-zorgverzekering). Zie voor deze begrippen artikel A.1.

Welke zorg in uw hoofdverzekering verzekerd is staat in hoofdstuk B beschreven. De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de andere hoofdverzekeringen.

De beschrijving van de zorg in uw aanvullende verzekering staat in hoofdstuk D. De inhoud van uw aanvullende verzekering wordt bepaald door ons.

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is.

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

A.3.3. Gecontracteerde zorgverleners

U kunt deze bij ons aanvragen of opzoeken op onze internetsite www.cz.nl/zoekeendokter.

A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Dit verzoek tot beëindiging zegt niets over de daadwerkelijke datum waarop wij de zorgverzekering (kunnen) beëindigen. Wij laten u weten u wanneer uw zorgverzekering feitelijk eindigt.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Voorbeelden:

- a. U bent bij ons verzekerd en krijgt een kind. In alle drukte rond dit nieuwe leven vergeet u uw kind aan te melden voor de zorgverzekering. Na drie maanden komt u erachter dat u uw kind bij ons had moeten aanmelden. U doet dit alsnog. Wij schrijven uw kind met terugwerkende kracht in: de zorgverzekering gaat niet in als uw kind drie maanden is, maar op de dag dat de verzekeringsplicht ontstond, dus vanaf de dag van de geboorte.
- b. U bent verzekerd bij een andere zorgverzekeraar en wilt overstappen naar ons. In november 2010 geeft u aan dat u per 1 januari 2011 de verzekering bij die andere zorgverzekeraar opzegt. Eind januari 2011 stuurt u ons een brief waarin u aangeeft bij ons verzekerd te willen zijn. Wij laten uw verzekering niet eind januari 2011, maar met terugwerkende kracht per 1 januari 2011 ingaan.

A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

A.5.1. Herroepen van uw verzekering

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

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

Een opzegging of wijziging die wij na 31 december ontvangen, is dus te laat. Wij beëindigen verzekeringen in dat geval niet met terugwerkende kracht. Uw lopende verzekering blijft nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Zegt u niet op of wijzigt u uw verzekering niet, dan verlengen wij uw lopende verzekering voor de duur van één jaar.

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

algemeen:

de wet geeft de mogelijkheid om een verzekering die door mijnheer A is gesloten voor bijvoorbeeld zijn inmiddels 18 jarige zoon, tussentijds te beëindigen. Dat is het geval als zijn zoon voor zichzelf een verzekering sluit. De oude door A gesloten verzekering voor zijn zoon is dan overbodig geworden.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- a. Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere verzekering verzekerd is, dan eindigt de door u gesloten verzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe verzekering).
- b. U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de verzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere verzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de verzekering eindigt op 1 juni.

A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN

A.7.1. Kosten

- c. Dat kan bijvoorbeeld komen omdat die bedragen betrekking hebben op een eigen bijdrage of eigen risico of omdat ze boven een maximum vergoeding van uw verzekering uitkomen.

A.7.2. Vaststelling

Hoe hoog de kosten zijn die u uiteindelijk moet betalen, vermelden wij op uw polis.

De premie kan per aanvullende verzekering verschillen. Soms blijft de premie - uiteraard behoudens jaarlijkse premieaanpassingen - ongeacht uw leeftijd dezelfde (behalve de premieverschillen van 0 tot 18 jaar en vanaf 18 jaar). In andere gevallen is uw premie van uw leeftijd afhankelijk. Als u bijvoorbeeld 18, 30, 40, 50, 60 of 70 jaar wordt, passen we de premie aan. Dat kan ook het geval zijn op andere leeftijden. U weet vooraf bij het sluiten van de aanvullende verzekering wat voor soort premie van toepassing is.

A.7.3. Hoogte van de premie

- Op uw polis staat de premiegrondslag (de brutopremie) per verzekerde per maand vermeld.
- Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag af gaat en staat op uw polis vermeld.
- Als uw zich verzekert via een collectieve verzekering dan ontvangt u collectiviteitskorting. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.
- U kunt met ons afspreken of u uw premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruit betaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen korting. Hoe langer de termijn is die u vooruitbetaalt, hoe hoger de korting wordt. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.

A.7.8. Premie als u ten onrechte niet verzekerd bent

Dit kan bijvoorbeeld zijn als wij uw aanvraag en/of de door ons opgevraagde gegevens of documenten niet op tijd binnen hebben.

A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN

A.8.5. Verrekening

“Geen verrekening door u”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een premieschuld van € 200,-. U stuurt ons voor € 100,- aan nota's op. Wij beoordelen of deze nota's voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw premieschuld aftrekken. Uw schuld blijft € 200,-.

“Wel verrekening door ons”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Het gaat om nota's van zorg die volledig onder de vergoeding van uw verzekering vallen. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

schuld is daarmee afgelost en die van ons ook.

A.9. BETALINGSACHTERSTAND

A.9.5. Aflossen schuld

“Splitsen van schulden mag niet”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld de kosten van uw aanvullende verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten kunnen zijn opgebouwd uit premie en andere kosten. U (verzekeringnemer) moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt dus niet zelf bepalen dat u de premie over deze periode wel betaalt en de andere kosten niet. U kunt ook niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand. En ook kunt u zelf niet bepalen dat u wel de premie van de zorgverzekering (hoofdverzekering) betaalt en niet die van de aanvullende verzekering.

A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

A.10.1. Schuld over een beëindigde verzekering

- b. De nota's die u (verzekeringnemer en verzekerde) in de tussenliggende periode indient voor uw nieuwe verzekering, vergoeden wij niet totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.12.1. Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico staat op de polis.

Voorbeeld

U maakt in een jaar voor € 400,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten voor zorg door een medisch-specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. U hebt geen vrijwillig eigen risico. De eerste € 170,- van de kosten moet u zelf betalen. De overige kosten (€ 230,-) betalen wij.

A.12.2. Kosten die niet meetellen

Kosten die niet meetellen voor het verplicht eigen risico zijn bijvoorbeeld IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

Voorbeeld

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

- f. Het gaat hier om de zogenaamde ketenzorg.

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

A.12.3. Kosten voor eigen rekening

In dat geval worden de kosten dus niet afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Bepaalde zorg kent een eigen bijdrage, een maximum vergoeding of een maximaal aantal behandelingen. Die kosten worden niet afgetrokken van het verplicht eigen risico. Het gaat dus om de kosten die wij niet aan u zouden vergoeden en die u dus toch al zelf zou moeten betalen.

Bijvoorbeeld: u hebt in een jaar vier zittingen eerstelijns psychologische zorg gehad van een instelling waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten. De kosten van deze zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet u hiervoor per zitting € 10,- zelf betalen. Het gaat om een nota van € 300,- (€ 75,- per zitting). U zou van ons € 260,- vergoed krijgen (4 x € 75,- min 4 x €10,-). Deze € 260,- wordt afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. De € 40,- die buiten de vergoeding vallen en u dus zelf moet betalen, worden niet afgetrokken van het bedrag dat u nog voor het verplicht eigen risico hebt openstaan.

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

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 170,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

Uw zorgverzekering begint op 1 oktober. U eigen risico wordt dan:

- a. Van 1 oktober tm 31 december 2011 = 92 dagen.
- b. $92 : 365 = 0,25$
- c. $0,25 \times € 170,- = € 42,84$.
- d. € 42,84 ronden we af. De uitkomst is dan € 43,-. Dat is uw eigen risico voor dat jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

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

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

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 4 december wordt uw zoon 18 jaar. Voor 4 december had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 4 december een verplicht eigen risico van € 170,-. Dat jaar heeft 365 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- a. $€ 170,- \times 28 \text{ dagen} = € 4.760,-$
- b. $€ 4.760,- : 365 = € 13,04$
- c. € 13,04 ronden we af. De uitkomst is dan € 13,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar.

A.12.8. Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico

Voorbeeld:

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen bijdragen van toepassing. U hebt een verplicht eigen risico van € 170,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 170,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 170,- = € 130,-) pas afgetrokken van het gekozen vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 130,- = € 70,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 70,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.13.2. Lagere premie bij vrijwillig eigen risico

U krijgt in ruil voor een vrijwillig eigen risico korting op de premiegrondslag van uw zorgverzekering. Hoeveel die bedraagt kunt u op de premiebijlage zien.

A.13.3. Hoogte vrijwillige eigen risico

Of u voor een vrijwillig eigen risico hebt gekozen en hoe hoog dat vrijwillig eigen risico is, kunt u zien op uw polis.

A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN

A.14.2. Algemene verplichtingen

- a. U kunt dit doen door u te legitimeren met een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- c. We houden ons hierbij aan wat in de privacyregelgeving hierover is geregeld;
- d. Dit omdat de dekking en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap opgeschort worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

- a. Dit betekent dat u bijvoorbeeld verplicht bent informatie en gegevens over te dragen die betrekking hebben op degene die aansprakelijk is. Dergelijke kosten en de afhandeling daarvan draagt u als het ware aan ons over.

A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

“Verandering van de gezinssamenstelling”:

Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden verandert de samenstelling van uw gezin en daarmee van de verzekering. Ook als uw kind trouwt of gaat studeren, kan de samenstelling van uw gezin veranderen. Dat kan ook gevolgen hebben voor uw verzekering. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw verzekering kunnen aanpassen.

A.15.3. Actuele adres

“verhuizing”:

Wij hebben de juiste adresgegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens vallen daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, faxnummer, e-mailadres, enz.

A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

- d. Daaronder valt ook het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners.

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

“Informatie geven aan derden “:

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

A.16.4. Materiële controle

De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit is de landelijke koepelorganisatie van alle zorgverzekeraars.

A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN

A.17.3. Zorgverleners en zorginstellingen

- c. Bijvoorbeeld een verpleegkundige die in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid werkt van een medisch specialist. Of een physician assistant die in een huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid werkt van de huisarts. Dan vergoeden we die behandelingen ook.
- e. Dat kan betekenen dat wij volgens een ander of lager tarief vergoeden (zie onder het artikel "Tarieven") wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben.

A.17.4. Overeenkomst met zorgverlener eindigt tijdens uw behandeling

Dit is het geval wanneer u wordt behandeld door een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten die bij aanvang van uw behandeling nog van kracht was maar die in de loop van uw behandeling is geëindigd.

A.18. NOTA

A.18.2. Nota's

- b. De nota is geen offerte, prijsopgave, betalingsherinnering of aanmaning.
- c. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk bij voorkeur binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen. U krijgt dan namelijk bericht van ons hoeveel u vergoed krijgt en hoeveel onder het eigen risico valt. Die informatie kunt u dan weer gebruiken bij het invullen van uw formulier voor de inkomstenbelasting.

A.18.3. Nota's indienen

Elke verzekeringnemer en verzekerde heeft een nummer van ons gekregen: een relatienummer. U vindt het relatienummer op de polis terug. Dient u een nota bij ons in, dan maakt u gebruik van het notabegeleidingsformulier. Dat hebt u samen met de polis van ons gekregen. Hierop geeft u aan voor welke verzekerde de zorg is geleverd. Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding dan wordt deze vergoeding betaald, of aan de zorgverlener als dat is aangegeven en als de nota voor volledige vergoeding in aanmerking komt.

A.21. TARIEVEN

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken. U kunt ook vooraf zorgadvies aanvragen bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

In het schema op de volgende bladzijde kunt u zien wat voor tarief er voor u per situatie wordt vergoed. Dit schema geldt voor de Zorgverzekering Natura en de NaturaDirect. Voor de Zorgverzekering Restitutie geldt dat er geen sprake is van een vergoeding van 75% van het vaste, wettelijk bepaalde tarief of 75% van het marktconforme tarief. Als u namelijk naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen afspraken over tarieven hebben gemaakt, terwijl u de zorg ook op tijd had kunnen krijgen van een zorgverlener waarmee wij wel afspraken hebben gemaakt, dan vergoeden wij 100% van het vaste wettelijke tarief of 100% van het marktconforme tarief.

Praktijkvoorbeeld 1 verderop is dus niet van toepassing op de Zorgverzekering Restitutie.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Toelichting begrippen in schema:

*** Zorgverlener**

Dit kan een persoon zijn, maar het kan ook een leverancier of een instelling zijn.

**** Marktconform tarief**

Het tarief dat in Nederland passend / gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben afgesproken met zorgverleners. Zijn er meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken, dan baseren we ons op prijzen die in de Nederlandse marktomstandigheden passend / gebruikelijk zijn.

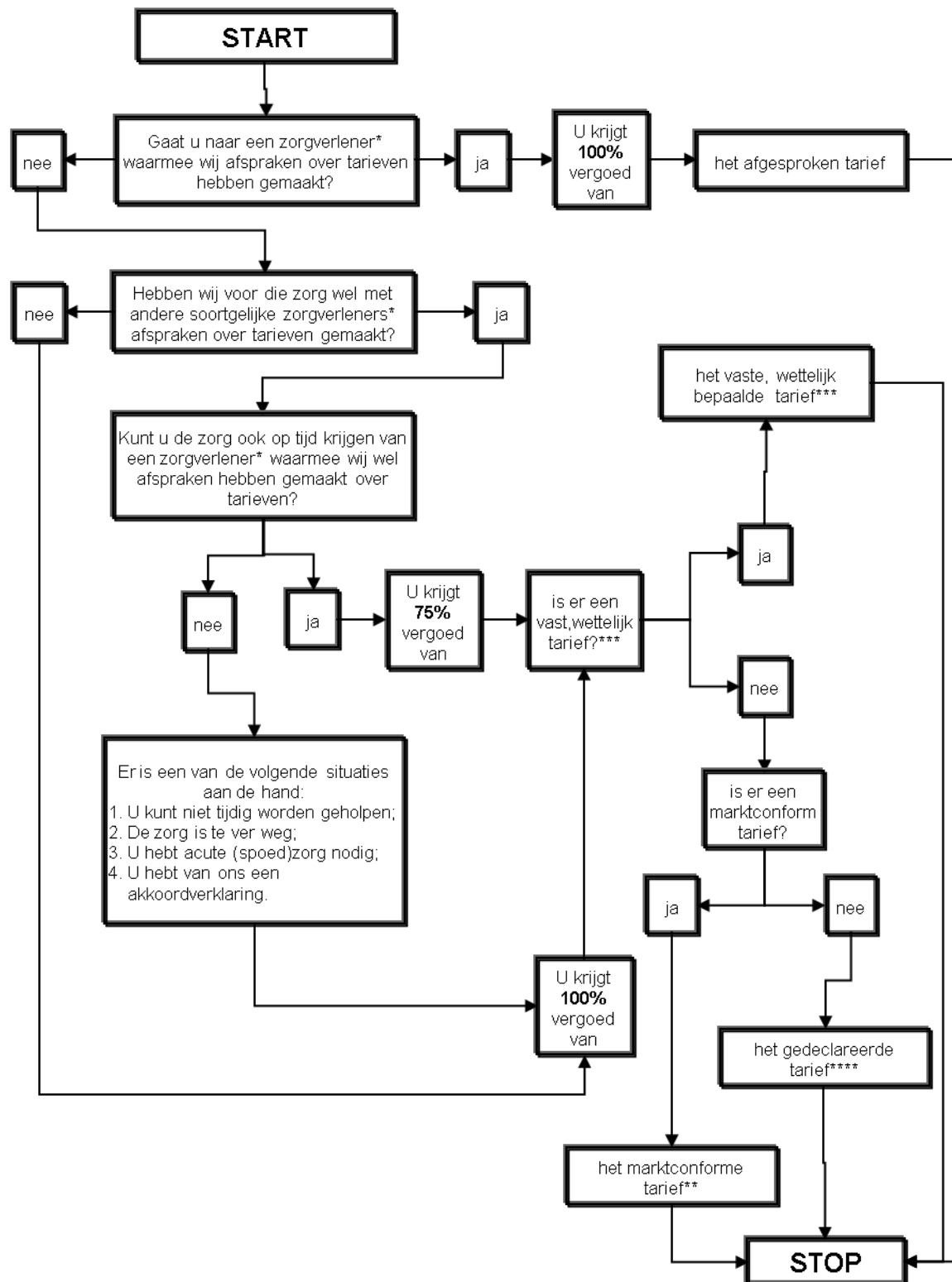
***** Vaste, wettelijk tarief**

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Deze vergoeding is nooit hoger dan de maximale vergoeding vanuit uw verzekering.

****** Gedeclareerde tarief**

Het bedrag dat op uw nota staat, tot maximaal waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen



Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Praktijkvoorbeelden:

1. 75% van het marktconforme tarief

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite "Zoek een dokter" en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt geen overeenkomst met ons heeft. Wij hebben dus geen afspraken over tarieven met die fysiotherapeut. U ziet op onze internetsite "Zoek een dokter" dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel een overeenkomst hebben, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze.

Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een marktconform tarief; wij hebben met andere zorgverleners afspraken over tarieven. U krijgt dus 75% vergoed van het marktconforme tarief. Bij voorbeeld:

Uw fysiotherapeut rekent € 30,- voor een behandeling. Wij hebben met andere fysiotherapeuten tarieven afgesproken die liggen tussen de € 20,- en € 28,-. Gemiddeld is dat € 24,-. U krijgt vergoed: 75% van € 24,- = € 18,-.

2. 100% van het marktconforme tarief

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. U wilt een behandeling in het buitenland, omdat u in Nederland bij voorbeeld op een onacceptabele wachtlijst komt te staan. Er is voor u redelijkerwijs gesproken niet binnen een redelijke termijn de voor u benodigde zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen tarieven afgesproken met de zorgverlener waar u door wordt behandeld.

Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland, dus er is wel een marktconform tarief. Het marktconforme tarief in Nederland is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naar toe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het marktconforme tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

3. 100% van het vaste, wettelijke tarief

U gaat naar een tandarts, waar u een controle krijgt. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite "Zoek een dokter". U kunt daar lezen dat wij wel overeenkomsten hebben met tandartsen, maar dat daarin geen afspraken staan over tarieven.

Voor tandheelkunde zijn er vaste, wettelijke tarieven. Er is geen marktconform tarief; wij hebben met tandartsen geen afspraken gemaakt over tarieven. In Nederland zijn de gebruikelijke tarieven de vaste, wettelijke tarieven. U krijgt dus 100% van het vaste, wettelijke tarief vergoed. In uw aanvullende verzekering is de vergoeding voor een controle 100%. Het tarief voor een voor een controle is € 19,50 (niveau 2010). U krijgt daarom maximaal vergoed: € 19,50.

4. Gedeclareerde tarief met maximum uit aanvullende verzekering

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden.

Wij maken met alternatieve zorgverleners geen afspraken over tarieven. U kunt deze zorgverleners daarom niet vinden op onze internetsite "Zoek een dokter". Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost en deze tarieven kunnen per zorgverlener en/of per soort zorg erg verschillen. Er is dus voor alternatieve zorg geen vast, wettelijk tarief en ook geen marktconform tarief. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed, maar u hebt bijvoorbeeld een aanvullende verzekering waarin maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed voor alternatieve zorg. U krijgt daarom € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING

A.22.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- b. verplichte zorgadvisering en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat.

algemeen

1. De Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden omschrijven samen op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de dekking van uw verzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw verzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de dekking valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de dekking van uw verzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de wet en de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadvisering geeft u vooraf zekerheid over de dekking van uw zorg. Want als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring.
2. Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over dekking. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de dekking van uw verzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadvisering en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering dekking geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.

voorbeelden

1. U hebt fysiotherapie nodig. Volgens uw verzekering hebt u vanaf de 13e zitting recht op fysiotherapie als sprake is van een aandoening die op een lijst van VWS staat genoemd. Het is niet altijd zeker of u zelf kunt vaststellen, of sprake is van een van de genoemde aandoeningen. Wij helpen u daarbij als u gebruikmaakt van onze zorgadvisering. Onze akkoordverklaring geeft u vervolgens de zekerheid over de dekking van uw polis.
2. U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. De tarieven die men daar mag gebruiken kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgverlener hebben wij geen afspraken gemaakt. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief berekend krijgt dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Bovendien moet u ook rekening houden met een eigen bijdrage. Het is dan verstandig ons vooraf hiervoor te raadplegen, zodat u weet wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse medisch specialist.

A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER

A.23.2. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een maximum vergoeding geldt. Wij schieten het bedrag dan voor dat door de zorgverlener wordt gedeclareerd. Het bedrag voor eigen risico, eigen bijdrage of overschrijding van de maximum vergoeding betaalt u aan ons terug op de manier waarop u de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN

A.24.2. Geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

- b. Onder de herverzekering van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terroriseschaden (N.H.T.) vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in zowel Nederland als in het buitenland plaatsvinden.

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Terrorisme:

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

Kwaadwillige besmetting:

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

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

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

Polisblad terrorisme

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

- d. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke gronden en/of manieren krijgen van vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons. Wij geven u dan een vergoeding die wij u niet zouden hebben gegeven als wij de werkelijke toedracht zouden hebben gekend.

A.25. GESCHILLEN

A.25.2. Naar de rechter of de geschillencommissie

- b. De commissie houdt zich bij het uitbrengen van het bindend advies aan het reglement dat op de commissie van toepassing is.

=====

HOOFDSTUK B:

BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING

=====

B.3. HUISARTSENZORG

B.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

De gezondheidsadvisering kan ook plaatsvinden via de Gezondheidslijn. Via deze service ontvangt u rechtstreeks en gericht op uw specifieke situatie, medische informatie in antwoord op uw gezondheidsvragen.

B.3.3. Uitsluitingen

Het gaat hierbij om de richtlijnen van de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap).

B.4. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN

B.4.1. Ziekenhuisopname

B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Hoe berekent u in bijzondere gevallen hoeveel dagen uw opname duurt?

- a. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 20 dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende. Als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- b. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende. Als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365. Er is dan dus sprake van twee verschillende opnames.
- c. Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende. De 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.4.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Voorbeeld medisch-specialistische zorg in bijzondere gevallen:

Behandeling in een decompressietank wordt vergoed als er sprake is van een duikongeval in binnen- of buitenland. Het maakt daarbij niet uit of u beroepsduiker of sportduiker bent. U moet samen met de nota's een medisch rapport kunnen overleggen van de instelling waar de decompressietank staat. Dit omdat er door het spoedeisend karakter vaak geen toestemming vooraf gegeven kan worden voor de behandeling in de decompressietank. Op basis van dit medisch rapport kan de medisch adviseur het spoedeisend karakter wel achteraf beoordelen. Het eventueel verhalen van de kosten bij een reisverzekeraar speelt hier niet: medische kosten komen in dit geval altijd ten laste van de zorgverzekeraar.

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

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Bij de aanvraag moet een omschrijving van de gevraagde behandeling zitten. Deze moet door de behandelend specialist opgesteld en gemotiveerd zijn.

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.3. Verpleging zonder opname

B.4.3.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

B.4.4.1. Omschrijving van de zorg

Onder behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden verstaan vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Hieronder kunnen ook behandelingen vallen die worden uitgevoerd door andere specialisten, zoals bijvoorbeeld een KNO-arts of dermatoloog.

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- b. Van een verminking is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
- c. Bij verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding.

B.4.4.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING

B.5.1. Verloskundige zorg

B.5.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

B.5.2. Echoscopie

B.5.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.5.3. Prenatale screening

B.5.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg

B.5.4.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING

B.6.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

B.6.3. Uitsluitingen

- A. Er wordt € 111,50 per persoon per dag gevraagd door de instelling. Wij hebben met de instelling het volgende afgesproken:
1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.
- B. Stel, er wordt € 120,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:
1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.
 3. Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 111,50 per persoon per dag in rekening. In dit geval is dat € 120,- minus € 111,50 = € 8,50 per persoon per dag. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.
- C. U bevalt in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, zonder opname. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2 keer € 111,50 per dag is € 223,- per dag voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 15,50 aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 31,-. U krijgt dus € 223,00 -/- € 31,00 = € 192,00 per dag van ons.

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

B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG

B.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

In andere gevallen niet nodig.

B.8. REVALIDATIE

B.8.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE

B.9.2. Omschrijving van de zorg voor de donor

c./d. "kosten die te maken hebben met de transplantatie en met het feit dat de donor in het buiten-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

land woont”

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

B.9.3. Voorwaarden

Voorschrift en akkoordverklaring

Niet nodig.

B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME

B.10.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.11. MECHANISCHE BEADEMING

B.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN

B.12.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Niet nodig.

B.13. TROMBOSEDIENST

B.13.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISING

B.14.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG

B.15.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.16. FYSIOTHERAPIE, BEKKENFYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

B.16.5. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.16.6. Uitsluitingen

a. 1) als u 18 jaar of ouder bent

Voorbeeld:

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

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

B.17. ERGOTHERAPIE

B.17.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.18. LOGOPEDIE

B.18.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.19. DIEETADVISING

B.19.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.20.1. Omschrijving van de zorg

a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

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

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

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

en mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:

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

Verder ook:

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

B.20.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

B.21.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorschrift

Niet nodig.

B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

B.22.1. Omschrijving van de zorg

- a. 3) - Als u bent opgenomen en deze opname wordt bijvoorbeeld na 100 dagen voor 20 dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- Als u bent opgenomen en deze opname wordt bijvoorbeeld na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.
- Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname bijvoorbeeld na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:
De 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.22.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN

B.23.1. Geneesmiddelen algemeen

B.23.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

De Regeling zorgverzekering met Bijlagen vindt u op www.wetten.overheid.nl.

In onderstaand schema kunt u zien op welke vergoeding u in welk geval recht hebt:

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

		Vergoeding geneesmiddelen zonderextra voorwaarden	Vergoeding geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden (art.B.23.1.3 a en b)				
			aan voorwaarden van indicatie / voorschrijver voldaan?		aan voorwaarden van plaats van toediening voldaan?		
			ja	nee	ja	nee	
geneesmiddelen NIET onder preferentiebeleid	onderling vervangbare geneesmiddelen art.B.23.1.2. a	100% Nederl. tarief minus eigen bijdrage	100% Nederl. tarief tot eigen bijdrage	geen vergoeding	100% Nederl. tarief minus eigen bijdrage	geen vergoeding	
	niet onderling vervangbare geneesmiddelen art.B.23.1.2. b	100% Nederl. tarief	100% Nederl. tarief	geen vergoeding	100% Nederl. tarief	geen vergoeding	
geneesmiddelen onder preferentiebeleid art.B.23.1.4	voorkeurs geneesmiddelen	100% Nederl. tarief	niet van toepassing		niet van toepassing		
	niet voorkeurs geneesmiddelen	medisch noodzakelijk	100% Nederl. tarief	niet van toepassing		niet van toepassing	
		niet medisch noodzakelijk	geen vergoeding	niet van toepassing		niet van toepassing	

De prijzen en eigen bijdrages van geneesmiddelen kunt u vinden op de CVZ-site: www.medicijnkosten.nl

B.23.1.3. Extra voorwaarden.

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

B.23.1.4. Onze voorkeursgeneesmiddelen

Merknaam of werkzame stof

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Huisartsen hebben met de minister afgesproken dat zij zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept zetten, in plaats van de merknaam van het geneesmiddel. De apotheek kiest vervolgens het geneesmiddel met de werkzame stof die op dat moment het goedkoopste is. Voor sommige stofnamen bepaalt de zorgverzekeraar op basis van de prijs welke fabrikant wordt vergoed

B.23.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

B.23.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen

B.23.3.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

B.23.4.2. Voorwaarden

Algemeen

a. Dit houdt onder andere in dat:

- uitgesloten zijn: magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet- aangewezen geneesmiddel;
- een eigen bijdrage van toepassing is als de magistrale bereiding een geneesmiddel met eigen bijdrage bevat.

b. met rationele farmacotherapie bedoelen wij hier een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is voor het ziektebeeld waar u voor behandeld wordt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. De apotheek of apotheekhoudend huisarts beoordeelt of u recht hebt op het geneesmiddel. Dit doet hij door toetsing aan de hand van een stroomschema.

Verwijzing

Niet nodig.

B.23.5. Dieetpreparaten

B.23.5.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.24. HULPMIDDELENZORG

B.24.1. Omschrijving van de zorg

"functionerend hulpmiddel"

Daaronder verstaan we dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf horen ook een gebruikersinstructie, batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren noodzakelijk voor het functioneren. Om van een functionerend hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of wijziging nodig zijn. Tot slot kan ook vergoeding of verstrekking van een reservemiddel plaatsvinden als dat redelijkerwijs nodig is. Een verzekerde moet namelijk voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast of geschikt hulpmiddel. Echter, als er sprake is van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde (eigen schuld of niet goed opletten waardoor verlies, diefstal of beschadiging van een hulpmiddel) moet u de kosten van vervanging of reparatie zelf betalen.

"functiegerichte omschrijvingen"

Het Reglement Hulpmiddelen bevat functiegerichte omschrijvingen. Deze vervangen de concrete productgebonden omschrijvingen die eerst werden gebruikt zoals bij voorbeeld schouder-, arm-, hand-, voet-, mamma-, gelaat-, stem- en oogprothesen en pruiken en zoals uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. Zo wordt nu in het Reglement Hulpmiddelen de eerste groep prothesen aangeduid met "uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam". Wat en welke hulpmiddelen we daarmee in ieder geval bedoelen, staat beschreven in de Lijst aangewezen hulpmiddelen. Deze Lijst geeft dus een concrete uitwerking van de functiegerichte omschrijvingen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.24.2. Reglement Hulpmiddelen

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

B.24.4.1. Verzorging van het hulpmiddel

“Toerekenbare onachtzaamheid”:

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

B.25. ZIEKENVERVOER

B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance

B.25.1.1. Omschrijving van de zorg

b. Voorbeeld van ander vervoer in spoedsituaties:

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

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

B.25.1.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

B.25.2.1. Omschrijving van de zorg

Begeleiding bij ziekenvervoer per taxi:

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

B.25.2.2. Voorwaarden

Algemeen

“Hardheidsclausule”

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

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

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

Voorbeeld: 5 (aantal maanden behandeling) x 8 (aantal behandelingen per maand) x 26 (afstand in kilometers) x 0,27 (wegingsfactor) = 260. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

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

Meer informatie vindt u ook op onze internetsite.

Verwijzing

Niet nodig.

B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)

B.26.2. Voorwaarden

Algemeen

Wij kunnen u vertellen welke internetprogramma's wij hebben erkend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

B.27. SPECIALISTISCHE GGZ

B.27.1. Specialistische GGZ met opname

B.27.1.1. Omschrijving van de zorg

- a. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende: als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf de terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- b. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken en vervolgens wordt uw opname voortgezet, dan geldt het volgende: als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf dag 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.
- c. Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en u keert vervolgens weer terug in de opname, dan geldt het volgende: de 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.27.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

B.27.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.28. DYSLEXIEZORG

B.28.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.29. PREVENTIE

B.29.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Niet nodig.

=====

HOOFDSTUK C:

ALGEMENE VOORWAARDEN NIET- ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VER- ZEKERINGEN

=====

C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Ketenzorg

Deze keten van verschillende zorgverleners wordt Zorggroep genoemd.

De overheid heeft vastgesteld wat ketenzorg is. Het gaat om zorg die wordt bekostigd, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Een huisarts met de praktijkondersteuner maken altijd deel uit van een zorggroep. De meeste huisartsen zijn al aangesloten bij een zorggroep en zijn ook door ons gecontracteerd. Andere zorgverleners die deel uit kunnen maken zijn bijvoorbeeld een diëtist, psycholoog, fysiotherapeut en de medisch specialist (zoals een longarts, of internist)

Het gaat voor alsnog om de indicaties COPD, Diabetes mellitus en CVRM (cardio vasculair risicomangement). Wilt u zeker weten of uw huisarts is gecontracteerd voor ketenzorg? U kunt voor informatie altijd terecht bij uw huisarts. U kunt ook kijken op onze site www.cz.nl/overzicht-zorggroepen.pdf of u kijkt bij uw aandoening (onder de tab Zorg en advies) en kijkt vervolgens bij de soorten zorg die u nodig hebt, met name de huisarts.

Repatriëring

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Repatriëring valt in veel gevallen niet onder de verzekeringsvoorwaarden van uw (aanvullende) verzekering.

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene (waarbij het om duizenden euro's gaat) valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende)verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist kan alleen maar een acnebehandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie (acnebehandeling) heeft. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet de juiste specialisatie om bij ons een acnebehandeling te kunnen declareren.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Wonen

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis hebt of huurt, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

C.3.1. Elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen

Sommige aanvullende verzekeringen sluiten elkaar uit; deze mag u niet tegelijkertijd hebben. Wij bepalen welke aanvullende verzekeringen dat zijn. Hebt u al een aanvullende verzekering en wilt u daarnaast een tweede aanvullende verzekering? Dan beëindigen wij uw eerste aanvullende verzekering als het gaat om aanvullende verzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben. Dat doen wij op het moment dat uw nieuwe aanvullende verzekering ingaat.

Voorbeeld

Groepen aanvullende verzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben, zijn bijvoorbeeld

1. de aanvullende verzekeringen A, B en C.
2. de aanvullende verzekeringen D en E.

U mag uit de aanvullende verzekeringen onder 1 maar één verzekering kiezen. Ook uit de aanvullende verzekeringen onder 2 mag u maar één verzekering kiezen.

Hebt u een aanvullende verzekering A en sluit u daarnaast een aanvullende verzekering B af, dan beëindigen wij uw aanvullende verzekering A op het moment dat uw aanvullende verzekering B ingaat.

Wel mag u één aanvullende verzekering kiezen onder 1 én één kiezen onder 2. Bijvoorbeeld de aanvullende verzekeringen A en D mag u wel tegelijkertijd hebben voor één verzekerde.

C.3.2. Eigen aanvullende verzekering per gezinslid

Voor de ene verzekerde op uw polis kunt u een andere aanvullende verzekering afsluiten dan voor een andere verzekerde op uw polis.

C.3.3. Kinderen (verzekerden jonger dan 18 jaar)

- a. Een kind moet dezelfde aanvullende verzekering(en) hebben als (één van) de ouders. Als die ouder zijn aanvullende verzekeringen verandert, en dus een andere serie aanvullende verzekeringen krijgt, veranderen wij op dezelfde wijze ook de serie aanvullende verzekeringen van het kind.
- b. Hebben de ouders geen serie, maar één aanvullende verzekering (die per verzekerde kan verschillen), dan mag u bepalen volgens welke uw kind verzekerd wordt. De wijziging van de aanvullende verzekering(en) van het verzekerde kind gaat in op dezelfde datum waarop de gewijzigde (serie) aanvullende verzekering(en) voor de ouder(s) ingaat.

Stel: Een gezin heeft de volgende series van aanvullende verzekeringen:

Vader heeft aanvullende verzekering X + Y

Moeder heeft aanvullende verzekering X + Z

Kind van 10 heeft aanvullende verzekering X + Y (dezelfde serie aanvullende verzekeringen als zijn vader).

Vader verandert zijn aanvullende verzekering en kiest voor X + Q in plaats van X + Y

De aanvullende verzekeringen van het kind van 10 moeten dan ook worden veranderd. Het kind kan dan verzekerd worden voor aanvullende verzekering X + Z of voor aanvullende verzekeringen X + Q

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

(één van de series waarvoor ook één van zijn ouders heeft gekozen).

C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

C.4.1. Begin en duur

“verzekeringsduur”:

U meldt zich bijvoorbeeld aan voor een aanvullende verzekering met een verzekeringsduur van één volledig jaar. Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 september 2008. Het (kalender)jaar loopt in dit geval van 1 januari 2009 tot 1 januari 2010. Dat betekent dat u minimaal tot 1 januari 2010 bij ons verzekerd bent. Als wij of u de aanvullende verzekering niet beëindigen, verlengen we de aanvullende verzekering daarna telkens met een jaar. Wij maken u daar jaarlijks op attent in onze polisaanbieding voor het nieuwe jaar.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voorbeeld

U hebt een aanvullende verzekering met een verzekeringsduur van één jaar. Deze gaat in op 1 januari 2010. In oktober 2010 krijgt u een baby. U schrijft deze baby bij op uw aanvullende verzekering. Op 1 januari 2011 eindigt uw aanvullende verzekering, zowel voor u als voor de baby. Als u uw aanvullende verzekering niet hebt opgezegd, blijft deze doorlopen. Deze wordt verlengd met steeds één jaar. Op 1 januari 2011 gaat de verlenging van een jaar weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent allebei tot minimaal 1 januari 2012 bij ons verzekerd.

C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

C.6.3.b. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden of premie

Als de premie verandert doordat u in een andere leeftijdscategorie terechtkomt, dan weet u vooraf al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen. Daarom kunt u uw aanvullende zorgverzekering dan niet opzeggen.

“Verandering van de verzekeringsvoorwaarden”:

Wij hebben het recht onze verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten dat te doen, laten wij u dit schriftelijk weten. Als u het niet eens bent met de verandering, hebt u meestal het recht uw aanvullende verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur of de verlengingsperiode van één jaar nog niet voorbij. Zorgt u er dan voor dat u ons dit schriftelijk laat weten. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

C.10. VERGOEDING

C.10.1. Volgorde van vergoeding

- b. een algemene aanvullende verzekering is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor vele verschillende soorten zorg;
- c. zoals bijvoorbeeld een aanvullende verzekering voor mondzorg of een andere aanvullende verzekering voor luxeverzorging in een ziekenhuis.

Zodra u dan het maximaal aantal keren of het maximum bedrag hebt bereikt, vergoeden wij die behandeling niet meer binnen de vastgestelde periode.

C.10.2. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

U hebt dus recht op het hele maximum bedrag.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

C.10.4. Doorlopende vergoedingen

- f. In de verklaring van de AWBZ of hoofdverzekering staat informatie over de manier waarop zij de nota hebben afgewikkeld, zoals:
- hoeveel u wel en hoeveel u niet vergoed krijgt voor de behandeling,
 - een verrekening met uw eigen risico,
 - een inhouding in verband met een eigen bijdrage,
 - of de overschrijding van een maximum bedrag of aantal behandelingen.

C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN

C.11.5. Atoomkernreacties

Een voorbeeld van de kosten die wij wel vergoeden, zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN

C.12.2.a. Niet-zorgverzekering

- 3) Als het gezins eigen risico in de loop van een jaar is teruggebracht tot € 0,00 dan bepalen wij in januari van het jaar daarop opnieuw de hoogte van het gezins eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met het afbouwen van het gezins eigen risico.

C.12.2.b. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

- 11) U kunt uw aanvullende verzekering bijvoorbeeld wijzigen bij zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samen gaan wonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensionering of als uw kinderen het huis uit gaan.

=====

HOOFDSTUK D:

BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZE- KERINGEN

=====

D.1. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

D.1.0. Medisch-specialistische zorg algemeen

D.1.0.1. Tarieven

In veel gevallen maken wij met medisch-specialisten en instellingen van medisch-specialistische zorg afspraken tot welke tarieven wij maximaal vergoeden. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

D.1.1. Sterilisatie

D.1.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u de sterilisatie uit wil laten voeren door een huisarts moet u vooraf bij ons navragen welke huisarts bevoegd is.

Wees erop bedacht, dat in Nederland tarieven voor sterilisatie erg uiteen kunnen lopen. U loopt daar- door de kans dat u een hoog bedrag zelf moet betalen. Neem daarom vooraf contact met ons op.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie

D.1.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

D.1.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij beschouwen deze ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling.

Bij de meeste aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen van de rubriek Hulpmiddelenzorg (artikel D.4.7.).

D.1.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

b. Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)

D.1.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch-specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen. U moet dan natuurlijk wel verzekerd zijn voor een besnijdenis om andere redenen. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Voorbeelden van de instellingen die wij onder 3) bedoelen zijn vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

D.1.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.1.6. Correctie van bovenoogleden

D.1.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij verlangen van u dat u bij uw aanvraag voor zorgadvies een recente kleurenfoto doet, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Dit hoeft geen professionele foto te zijn. Verder hebben wij een aanvraag nodig van uw behandelend specialist, voorzien van een omschrijving en motivatie van de behandeling.

Wij kunnen nog nadere voorwaarden stellen aan de aanvraag.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

b. Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.7. Cosmetische behandelingen

D.1.7.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.1.7.4. Uitsluitingen

Wij beschouwen een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling. Zie artikel D.1.4. voor vergoeding van gezichtsscherpte door ooglaserbehandeling

D.1.8. Behandeling tegen snurken

D.1.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.1.9. Vervanging van borstprothese

D.1.9.3. Voorwaarden

Algemeen

Als na een borstamputatie een borstprothese is ingebracht en die na verloop van tijd om medische redenen moet worden vervangen, wordt dat uit de hoofdverzekering vergoed.

Zorgadvies en akkoordverklaring

De aanvraag is voorzien van een schriftelijke verklaring van de behandelend medisch-specialist, waaruit de medische noodzaak voor de behandeling blijkt.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.2. PREVENTIE

D.2.1. Preventieve inenting

D.2.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.2. Preventieve onderzoeken

D.2.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Voor preventieve onderzoeken is geen voorschrift nodig van een arts of medisch specialist. Het zijn onderzoeken die plaatsvinden omdat u er zelf om vraagt. Daar kunt u uit afleiden dat deze preventieve onderzoeken niet medisch noodzakelijk of aangewezen zijn.

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

D.2.3.2. Waar hebt u recht op?

- b. 5) een hepatitis B vaccinatie wordt niet vergoed, alleen de combinatie A/B; de Twinrix genaamd.
- f. Dit is het zogenaamd "prikpaspoort".

D.2.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bijvoorbeeld voor vakantie of zaken.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.4. Medische screening bij adoptie

D.2.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.2.5. Consulten voor vrouwen

D.2.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.6. Sportmedisch advies

D.2.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.7. Voedingsadvies

D.2.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- a. De Beroepsvereniging Gewichticonsulenten Nederland (BGN) hebben wij als vereniging van gewichticonsulenten erkend.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's

D.2.8.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Nota's worden pas vergoed na afloop van de cursus;
- b. Ter bevestiging hiervan hebt u via internet een voucher (bon) ontvangen en uitgeprint.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorschrift

Voor de overige cursussen of programma's niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

g. Het gaat dan om een organisatie die verantwoordelijk is voor (keten)zorg voor chronisch zieken, zoals met bijvoorbeeld de indicatie COPD of Diabetes mellitus.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.9. Contributie patiëntenvereniging

D.2.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.3. GENEESMIDDELEN

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

Vergoeding in een aanvullende verzekering

In dit schema kunt u zien welke geneesmiddelen zijn opgenomen in een aanvullende verzekering. Of er een vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering en hoe hoog die vergoeding is, kunt u zien op uw Vergoedingen Overzicht.

Geneesmiddel	Soort
Eigen bijdrage geneesmiddelen (art. D.3.2.)	
Geneesmiddelen bij erectiestoornissen (art. D.3.3.)	<ul style="list-style-type: none">• Viagra®• Cialis®• Levitra®• Androskat®• Muse®
Geregistreerde antroposofische en homeopathische geneesmiddelen (art. D.7.2.)	
Overige geneesmiddelen (art.D.3.4.)	<ul style="list-style-type: none">• geneesmiddelen niet door de minister aangewezen voor vergoeding• geneesmiddelen die niet voldoen aan extra voorwaarden• niet-rationele geneesmiddelen• bepaalde geregistreerde voedingssupplementen bijvoor-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

	beeld: Glucosamine en Melatonine.
Preventieve spuiten (art.D.2.1.)	<ul style="list-style-type: none"> • Griepspuit • Meningococcenspuit (hersenvliesontsteking)
Preventieve spuiten voor reizen naar het buitenland (art. D.2.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • difterie • tetanus • polio • hepatitis A • hepatitis A/B • hepatitis B • gele koorts • tyfus • tuberculose • meningitis • Japanse encefalitis • tekenencefalitis • rabiës (hondsdolheid) • cholera
Preventieve tabletten voor reizen naar het buitenland (art. D.2.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • malaria (tabletten) • tyfus (tabletten)
Anticonceptiemiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • "de pil" • spiraaltje

Geen vergoeding in een aanvullende verzekering

In dit schema kunt u zien welke geneesmiddelen en verzorgingsproducten niet zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.

Geneesmiddelen	Soort
Geneesmiddelen die vergoed worden uit de AWBZ of de hoofdverzekering (art.D.3.1.2.a.)	
Geneesmiddelen die door de overheid voor subsidie of overheidsfinanciering in aanmerking komen (art.D.3.1.2.b.)	<ul style="list-style-type: none"> • o.a. spuiten op grond van het rijksvaccinatieprogramma
Geneesmiddelen die onder het ziekenhuisbudget vallen	
Verzorgingsproducten en cosmetische producten (art. D.3.1.2.e. en g.)	<ul style="list-style-type: none"> • zepen • shampoos • badoliën • balsems • lotions • haargroeimiddelen • Vichy, etc.
Voedingssupplementen en -preparaten (art. D.3.1.2.d.)	<ul style="list-style-type: none"> • versterkende middelen • vermageringsmiddelen • vitaminen • vitaminepreparaten
Geneesmiddelen voor onderzoek of ex-	

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

perimenteel gebruik (art. B.23.1.7.f.)	
Geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het voorkeurs-/preferentiebeleid dat wij voeren (art D.3.4.)	

D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen

D.3.2.1. Omschrijving van de zorg

Voor bepaalde geneesmiddelen krijgt u volgens het GVS een gedeeltelijke vergoeding uit uw hoofdverzekering (Zorgverzekering). Er blijft een bedrag over dat u zelf moet betalen, de eigen bijdrage.

D.3.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

D.3.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.4. Overige geneesmiddelen

D.3.4.3. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat er om dat het middel een RVG nummer heeft. Geneesmiddelen die bewezen werkzaam en veilig zijn en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer. Voorbeelden van deze geneesmiddelen zijn Glucosamine bij gewrichtsklachten en Melatonine voor kinderen met ADHD. Beiden zijn dit de "werkzame stoffen". Of een middel geregistreerd is, kunt u opzoeken op de site www.cbg-meb.nl. Via "Geneesmiddelen voor mensen" kunt u doorlinken naar "Geneesmiddeleninformatiebank".

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.5. Anticonceptiemiddelen

D.3.5.2. Waar hebt u recht op?

Voorbeelden van anticonceptie geneesmiddelen zijn:

- "de pil";
- de prikpil.

Voorbeelden van anticonceptie hulpmiddelen zijn:

- spiraaltje;
- Nuvaring.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Wanneer u verzekerd bent voor dit artikel, worden de kosten van anticonceptiemiddelen dus volledig vergoed tot een maximaal bedrag. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien hoe hoog dat bedrag is.

De volgende situaties kunnen zich voordoen:

a. U bent jonger dan 18 jaar:

1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. Omdat u nog geen 18 bent, hebt u geen eigen risico.
3. Er kan wel een eigen bijdrage van toepassing zijn op het anticonceptie geneesmiddel dat u voorgeschreven krijgt.

U betaalt dus alleen de eigen bijdrage. Als u verzekerd bent voor artikel D.3.2. Eigen bijdrage geneesmiddelen, dan krijgt u de eigen bijdrage vergoed, als de maximale vergoeding hiervoor nog niet opgebruikt is. Op uw Vergoeding Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent.

b. U bent 18, 19 of 20 jaar:

1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. U bent 18 jaar of ouder dus u hebt wel een verplicht eigen risico en eventueel ook een vrijwillig gekozen eigen risico.
3. Er kan ook een eigen bijdrage van toepassing zijn op het anticonceptie geneesmiddel dat u voorgeschreven krijgt.

Als er nog een eigen risico open staat, dan worden de kosten van het anticonceptiemiddel eerst verrekend met uw eigen risico, behalve als uw eigen risico is herverzekerd in uw collectieve aanvullende verzekering. U kunt op uw Vergoedingen Overzicht zien of dat zo is.

U betaalt ook de eigen bijdrage, behalve als u verzekerd bent voor artikel D.3.2. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dat zo is.

Voorbeeld:

U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding opgenomen is voor de eigen bijdrage geneesmiddelen. Er is geen vergoeding in uw aanvullende verzekering opgenomen voor vergoeding uw eigen risico.

Uw anticonceptiemiddel kost € 10,- waarvan een eigen bijdrage van € 3,-. U hebt dan recht op vergoeding van € 7,- uit uw hoofdverzekering, maar u hebt nog eigen risico openstaan. Er wordt daarom € 7,- in mindering gebracht op uw eigen risico. Dat betaalt u dus zelf, want uw eigen risico is niet herverzekerd in uw aanvullende verzekering.

U betaalt € 3,- aan eigen bijdrage. Deze wordt vergoed uit uw aanvullende verzekering, artikel D.3.2. als de maximale jaarvergoeding hiervoor nog niet is opgebruikt.

c. U bent 21 jaar of ouder:

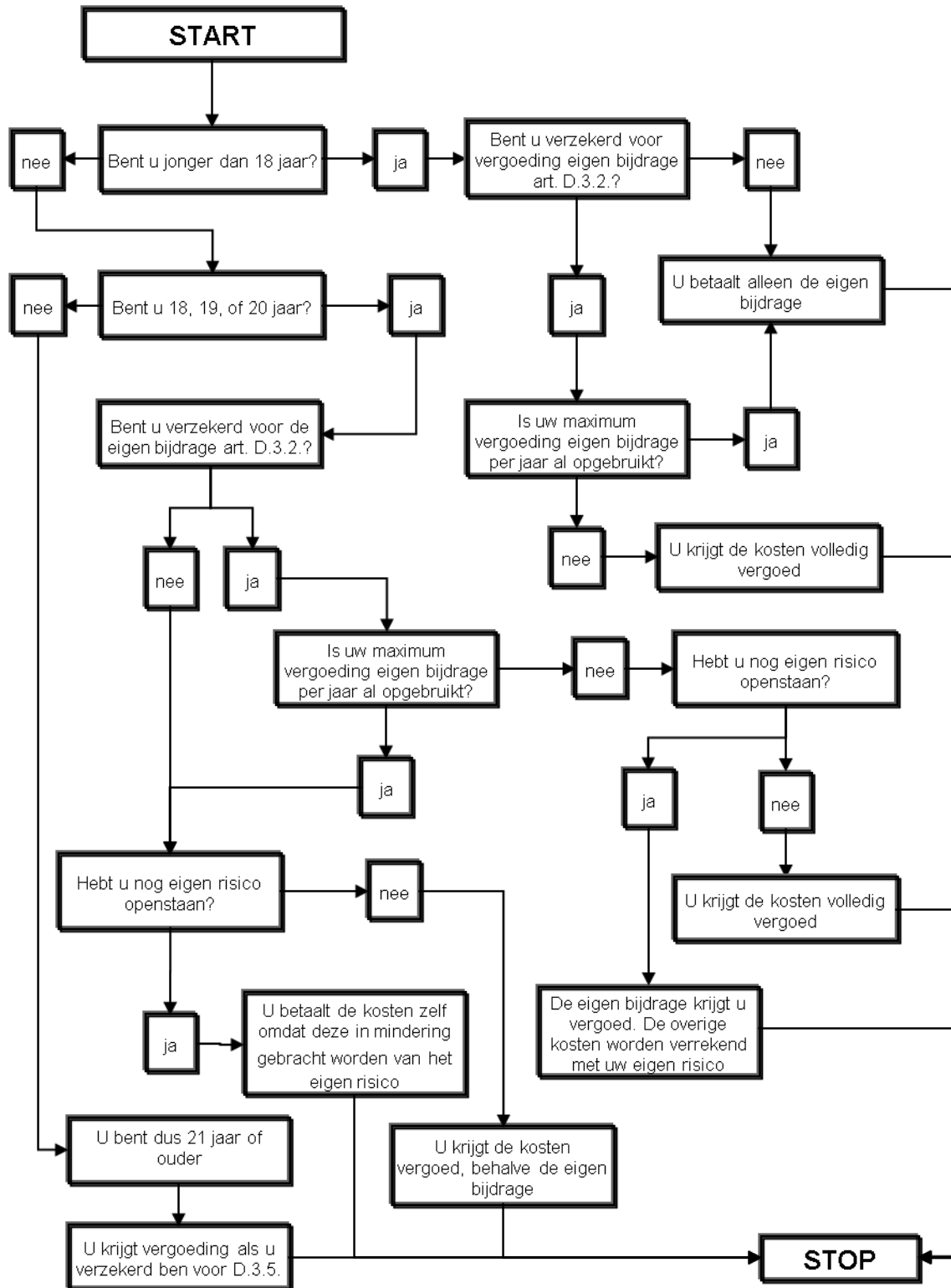
1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering geen recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. Het eigen risico is niet van toepassing, omdat de kosten niet worden vergoed uit de hoofdverzekering. Er wordt dus niets verrekend met uw eigen risico.
3. Omdat u geen recht hebt op vergoeding vanuit de hoofdverzekering, is er ook geen sprake van een eigen bijdrage zoals bedoeld in artikel D.3.2.; u krijgt een nota voor het gehele bedrag.

Deze nota krijgt u vergoed uit uw aanvullende verzekering als u verzekerd bent voor dit artikel (D.3.5.). Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dat zo is.

In het volgende schema zijn de beschreven situaties zichtbaar gemaakt en kunt u nagaan wat voor u van toepassing is.

Wanneer in het schema staat dat de kosten volledig worden vergoed, is dat altijd totaan een eventuele maximale jaarvergoeding.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen



Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4. HULPMIDDELENZORG

D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

D.4.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- b. Hulpmiddelen die buiten de Regeling zorgverzekering vallen en waarvoor u op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding krijgt.

Leverancier

Dit kan per hulpmiddel anders zijn.

D.4.6. Plaswekker

D.4.6.2. Waar hebt u recht op?

De bijbehorende broekjes worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur; wij gaan uit van maximaal 3 broekjes.

D.4.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.7. Gezichtshulpmiddelen

D.4.7.2. Waar hebt u recht op?

Als u een gezichtshulpmiddel vergoed hebt gekregen uit uw hoofdverzekering, maar er geldt nog een eigen bijdrage, dan kan deze eigen bijdrage worden vergoed vanuit dit artikel.

Als een periode hele kalenderjaren omvat, begint de periode met het jaar waarin u voor de eerste keer een gezichtshulpmiddel ontvangt en de definitieve nota (niet een eerdere voorschotnota!!!) hiervoor betaalt of waarin u de eerste medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling krijgt die onder de vergoeding van de aanvullende verzekering valt.

Als een periode een aantal maanden omvat, begint bovenstaande periode op de 1^e van de maand van aanschaf.

Als u gedurende een periode uw aanvullende verzekering wijzigt naar een andere aanvullende verzekering waarin u ook recht hebt op een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen en/of medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling, telt de verleende vergoeding op grond van uw oude aanvullende verzekering mee onder uw nieuwe aanvullende verzekering. Zie hiervoor artikel C.10.3. van de Verzekeringsvoorwaarden.

Voorbeeld 1 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2010 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren.

U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op en betaalt u op 7 juni 2010. U dient de nota bij ons in. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012. Wij betalen u € 100,-. Voor uw rekening blijft dus € 130,-. Bijna anderhalf jaar later (eind 2011) laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275,- en die haalt u op 15 november 2011 op. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012) van

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

ons al een nota voor brillenglazen vergoed hebt gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2010), vergoeden wij deze nota van € 275,- niet.

Voorbeeld 2 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt al vanaf 1 januari 2003 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in twee jaren. U hebt nog nooit een nota voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 25 juli 2009. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 200,- vergoed. Sinds 1 januari 2003 zijn er al meer dan 6 jaren verstreken zonder dat u een nota bij ons hebt ingediend. Maar het is dan niet zo dat u dan nog recht hebt op driemaal de maximumvergoeding van € 200,-. Er geldt namelijk geen spaarsysteem. De eerste periode van 2 jaren gaat voor u in dit geval dus in op 1 januari 2010.

Voorbeeld 3 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2009 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren. Dat bedrag hebt u in 2009 helemaal opgemaakt. U kiest vanaf 1 januari 2010 een andere aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- binnen een periode van 2 jaren. In 2010 koopt u nieuwe brillenglazen voor € 250,-. U krijgt in dat geval niet € 200,- vergoed maar € 100,-. Uw vergoeding uit uw eerste aanvullende verzekering (€ 100,-) gaat af van het maximum vergoedingsbedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering (€ 200,-).

Bovenstaande voorbeelden gelden ook wanneer een periode geen kalenderjaren maar een aantal maanden omvat. Verschil is echter dat bijvoorbeeld bij een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in 24 maanden, de volgende situatie ontstaat:

Bij bijvoorbeeld aankoop van een bril op 7 juni 2010, loopt de periode waarin de vergoeding plaatsvindt, van 1 juni 2010 tot en met 31 mei 2012. U hebt dan vanaf 1 juni 2012 weer opnieuw recht op de vergoeding van € 200,-.

D.4.7.3. Voorwaarden

Algemeen

d. Dit betekent dat op de nota moet staan wat de sterkte van het gezichtshulpmiddel is en voor welke verzekerde het betreffende gezichtshulpmiddel bestemd is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering.

Verwijzing

Niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering.

D.4.7.4. Uitsluitingen

- b. zoals bijvoorbeeld lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. die betrekking hebben op gezichtshulpmiddelen;
- d. zoals bijvoorbeeld zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- f. zoals bijvoorbeeld aanmeetkosten, administratiekosten of verzendkosten.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4.8. Steunzolen

D.4.8.2. Waar hebt u recht op?

Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetbehandeling (zie artikel D.4.9.) samen.

D.4.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling

D.4.9.2. Waar hebt u recht op?

Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetbehandeling én steunzolen (zie artikel D.4.8.) samen.

Hulpmiddelen voetbehandeling zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprotheses en nagelbeugels.

D.4.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.11. ADL-Hulpmiddelen

D.4.11.2. Waar hebt u recht op?

Denk bijvoorbeeld aan aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

D.4.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

In dit voorschrift worden de voorgeschreven middelen genoemd.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.12. Verzorgingsartikelen

D.4.12.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.13. Huur hulpmiddelen

D.4.13.3. Voorwaarden

Algemeen

b. Bijvoorbeeld bij een terminale situatie.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4.14. Steunpessarium

D.4.14.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.15. Teststrips diabetespatiënten

D.4.15.3. Voorwaarden

Algemeen

- b. Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher (bon) ontvangen en uitgeprint;
- c. U dient de nota van het diabetestestmateriaal, samen met de voucher (zie toelichting), bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u deze hebt aangeschaft;

Als u een half jaar de digitale diabetespas gebruikt, verschijnt er automatisch een pop-up in uw beeldscherm met een voucher. U print een tweedelige voucher. Het ene deel gebruikt u voor de aanschaf van het testmateriaal. Het andere deel stuurt u naar ons op om uw vergoeding aan te vragen. Het adres staat op de voucher. Voeg tevens uw nota's voor teststrips bij. Wij storten het te vergoeden bedrag op uw rekening.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.16. Persoonsalarmering

D.4.16.2. Waar hebt u recht op?

Bij bruikleen en huur wordt u geen eigenaar maar moet u na de afgesproken periode dit hulpmiddel teruggeven.

D.4.17. Condooms

D.4.17.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.18. Braces en bandages

D.4.18.3. Voorwaarden

Voorschrift

U stuurt dit voorschrift samen met uw nota aan ons op.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.5. PARAMEDISCHE ZORG

D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck

D.5.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- een psychosomatisch fysiotherapeut verleent psychosomatische fysiotherapie;
- een psychosomatisch oefentherapeut verleent psychosomatische oefentherapie.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.5.3. Instructie mantelzorgers

D.5.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

De verzekerde die de ergotherapie ondergaat hoeft niet bij de instructie aanwezig te zijn.

D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

D.6.1. Herstel & Balans

D.6.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.6.3. Inloophuizen

D.6.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

“Kwaliteit inloophuizen”

Wij beoordelen of de psychologische zorg die inloophuizen voor kankerpatiënten leveren van voldoende kwaliteit is en registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact met ons op.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

D.6.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.6.5. Traumazorg bij schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenissen

D.6.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Nota's van andere zorgverleners worden niet vergoed.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.7. ALTERNATIEVE ZORG

D.7.1. Alternatieve Behandelingen

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Bij de vergoeding kunnen wij hanteren:

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- a. een maximum bedrag per jaar;
- b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.

Als één of beide maximum bedragen gelden, staan deze vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

“Maximum bedrag per jaar en per behandeldag”

Stel: U hebt een aanvullende verzekering A. U hebt last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 50,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht in de rubriek Alternatief naar Alternatieve behandelingen. Daar ziet u bijvoorbeeld dat wij:

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden én
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeling. Namelijk € 50,- minus € 35,- is € 15,-. Als u twaalf keer (namelijk 12 keer € 35,-) naar deze acupuncturist bent geweest, hebt u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen voor dat jaar opgebruikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

D.7.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en Akkoordverklaring

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

Voorschrift

Voor alternatieve behandelingen niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- a. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is.

Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. De zorgverlener moet arts zijn óf lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de vergoeding. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met ons of kijk op onze internetsite.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen

D.7.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.8. MONDZORG

D.8.1. Mondzorg algemeen

D.8.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

D.8.2.2. Waar hebt u recht op?

Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter „R” (dit zijn kronen, bruggen en inlays).

D.8.3. Gebitsprotheses

D.8.3.2. Waar hebt u recht op?

- Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter „P” of „J”;
- Een tandprotheticus declareert de kosten met een specificatie die overeenkomt met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter „P” of „J”.

D.8.4. Overige mondzorg

D.8.4.2. Waar hebt u recht op?

Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met een andere letter dan 'R', „P” of „J”.

D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

D.8.5.2. Waar hebt u recht op?

c. Maximum bedrag en groeivergoeding

De maximale vergoeding groeit op 1 januari met een vast bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat. Daar staat ook het maximaal aantal opeenvolgende jaren dat de maximale vergoeding groeit.

Stel: u hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering gesloten die de groei-vergoeding voor orthodontie kent. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2009 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie € 1.000,- voor uw dochter.

Op 1 januari 2010 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2010 in totaal € 1.500,- vergoed. Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2010 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over. Op 1 januari 2011 groeit deze overblijvende vergoeding voor de tweede keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2011 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over. Op 1 januari 2012 groeit de vergoeding van orthodontie voor de derde en laatste maal met € 500,-. Uit 2011 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

€ 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2012 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende verzekering hebt afgesloten.

D.8.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen;
- b. Een orthodontist declareert de kosten met een specificatie die overeenkomt met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen.

D.9. KUURBEHANDELING

D.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als het voorschrift of de aanvraag niet van uw reumatoloog afkomstig is, dan sturen wij u een aanvraagformulier Kuurbehandeling. Wij sturen dit formulier ook op als de reumatoloog geen duidelijke medische indicatie heeft vermeld op de aanvraag. Dit formulier moet dan door uw behandelend reumatoloog worden ingevuld en naar ons terug worden gestuurd.

Verwijzing

Niet nodig.

D.10. HUIDTHERAPIEËN

D.10.1. UV-B lichtapparatuur

D.10.1.2. Waar hebt u recht op?

De aanschafprijs van UV-B apparatuur ligt vaak veel hoger dan de vergoeding die u maximaal van ons krijgt. In dat geval kunnen wij van de maximum vergoeding afwijken. Stel: U hebt een Aanvullende verzekering B. U wilt voor € 5.000,- lichtapparatuur aanschaffen. Dat bedrag is vele malen hoger dan het maximumbedrag dat wij u volgens het Vergoedingen Overzicht vergoeden. In dat geval kunnen wij bijvoorbeeld met u afspreken dat wij het maximumbedrag uit het Vergoedingen Overzicht verdrievoudigen onder de voorwaarde dat u de komende drie jaar geen vergoeding voor deze behandeling meer krijgt.

D.10.1.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.10.2. Ontharing

Deze behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is en bovendien bij normale kleding naar Nederlandse maatstaven zichtbaar is. Daarom blijft deze vergoeding ook beperkt tot vrouwen.

D.10.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Plaats

Geen voorwaarden.

D.10.3. Acnebehandeling

D.10.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.10.4. Camouflagetherapie

D.10.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

D.11.1.4. Voorwaarden voor kraamzorg

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

D.11.2. Eigen bijdragen

D.11.2.1. Omschrijving van de zorg

b. De zogenoemde "open" verloskamer.

D.11.2.2. Waar hebt u recht op?

b. De zogenoemde "open" verloskamer.

Dat doen wij tot een bepaald maximumbedrag. Als dit bedrag is bereikt, dan zijn de verdere kosten voor uw rekening.

D.11.3. Kraamzorguitkering

D.11.3.2. Waar hebt u recht op?

Hier kunt u voor kiezen in plaats van kraamzorg.

a. Wij verminderen uw kraamzorguitkering in dat geval niet;

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.11.3.3. Voorwaarden

Algemeen

- b. U kiest dus voor een vergoeding van de kraamzorg en de eigen bijdragen óf voor een kraamzorguitkering. U kunt dit doen via onze afdeling Kraamzorgservice.
Als u kraamzorg krijgt of als wij de kosten en/of eigen bijdragen van de kraamzorg vergoeden, krijgt u geen kraamzorguitkering en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Zorgverlener

Niet van toepassing.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.4. Extra kraamzorg

D.11.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij spreken met u een aantal extra uren kraamzorg af.

D.11.5. Couveuse nazorg

D.11.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

D.11.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

D.11.7. Reiskosten gezonde moeder

D.11.7.2. Waar hebt u recht op?

U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Neemt u voor nadere afspraken daarover contact met ons op.

Als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis, kunt u daar ook opgenomen worden. Uw ziekenhuisopname – en uiteraard ook die van uw kind – krijgt u vergoed uit de hoofdverzekering. Maar u bent zelf niet ziek en misschien kiest u ervoor om niet opgenomen te worden maar op en neer te reizen naar uw kind in het ziekenhuis. Vandaar deze alternatieve vergoeding.

D.11.7.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.8. Kraamzorg bij adoptie

D.11.8.2. Waar hebt u recht op?

De kraamzorg omvat ook instructie aan de ouder.

D.11.9. Lactatiekundige zorg

D.11.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.10. TENS bij bevalling

D.11.10.1. Omschrijving van de zorg

Dit apparaat beïnvloedt de pijnprikkels die het lichaam naar de hersenen stuurt, waardoor de intensiteit van de pijn minder wordt.

D.11.10.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven.

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.11.10.4. Uitsluitingen

Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen.

D.11.11. Prenatale screening

Onder prenatale screening verstaan wij onder andere:

- a. één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting);
- b. een bijbehorende kansbepalende bloedtest;
- c. een vruchtwaterpunctie;
- d. een geavanceerd ultrageluid;
- e. een prenatale genotypering.

D.11.11.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bent u 36 jaar of ouder of is bij u een prenatale screening medisch noodzakelijk, dan worden de kosten van een prenatale screening vergoed uit uw hoofdverzekering;

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.12. OVERIGE THERAPIEËN

D.12.1. Stottertherapie

D.12.1.1. Omschrijving van de zorg

a. in individueel- of in groepsverband

D.12.1.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.2. Obesitas behandeling

D.12.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een behandelcentrum waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Dit zijn bijvoorbeeld: Viecurie Vitaal in Venlo en de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) in Hilversum. De NOK heeft ook vestigingen in Eindhoven en Den Haag.

D.12.3. Algemene voetbehandeling

D.12.3.1. Omschrijving van de zorg

Ook wel genoemd: podologie en podotherapie.

D.12.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Plaats

Geen speciale voorwaarden.

D.12.3.4. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij onder artikel D.4.8.
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.
- c. Behandelingen door een podotherapeut bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen vergoeden wij onder artikel D.12.4.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen

D.12.4.1. Omschrijving van de zorg

Ook wel genoemd: podotherapie.

D.12.4.2. Waar hebt u recht op?

Ook wel genoemd: podotherapie.

D.12.4.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.4.4. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij onder artikel D.4.8.
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen

D.12.5.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.5.4. Uitsluitingen

Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13. VERBLIJF EN VERVOER

D.13.1. Therapeutisch kamp

D.13.1.1. Omschrijving van de zorg

Dit kan een vakantiecamp zijn.

D.13.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Het Nederlands Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die wij erkend hebben.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.2. Logeerkosten

D.13.2.1. Omschrijving van de zorg

b. Dit is een gezinsvervangend (te)huis voor kinderen met een levensbedreigende ziekte; “Verblijf in logeershuis”

Bij verblijf in een logeershuis is er bijvoorbeeld sprake van een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie. De patiënt is vaak een kind maar het kan ook een volwassene zijn. Zo kan een kind de behoefte hebben om één of beide ouders in de directe omgeving te hebben. Een volwassene kan graag zijn partner bij zich willen hebben.

“Verblijf in een logeershuis door de patiënt of door bezoek”

Als sprake is van bijvoorbeeld een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie, kan de patiënt opgenomen en verpleegd worden in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hij kan ook in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. Is de patiënt opgenomen, dan mag de partner of één of beide ouders in het logeershuis verblijven. Krijgt de patiënt een poliklinische behandeling, dan mag ook hij gebruik maken van het logeershuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeershuis wordt gebruikt.

D.13.2.3. Voorwaarden

Algemeen

a. De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor verzekering dat is.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, een Mappa Mondo huis of kinderspice.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

D.13.3.2. Waar hebt u recht op?

Dit heet ook wel klassentoeslag. Het tarief van de laagste klasse (meestal is dat 3^e klasse) wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Als u verzekerd bent voor klasse 2/2B of 2A en u wordt verpleegd in de 1^e of 2^e klasse in een instelling die maar één 2^e klasse heeft, vergoeden wij ziekenhuisverpleging volgens het tarief van die 2^e klasse.

D.13.3.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.3.4. Uitsluitingen

- c. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

D.13.4.2. Waar hebt u recht op?

- a. Dat kunt u naar eigen wens besteden aan bijvoorbeeld huur van televisie, telefoon, internet en radio.
- c. Vanuit dit luxe arrangement ontvangt u bijvoorbeeld luxe, zelf samengestelde maaltijden, frisdrank, koffie en thee, krant, TV en telefoon.
- e. Vergoed worden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen vervoer op basis van gereden kilometers via de kortst mogelijke route.

Stel, u hebt een aanvullende verzekering die recht geeft op een liggelduitkering van € 50,- voor maximaal 5 dagen per kalenderjaar. Als er sprake is van een ziekenhuisopname op bijvoorbeeld 5 juni en een ontslagdatum van 12 juni dan bent u 8 dagen opgenomen geweest. U krijgt in dat geval € 50,- per dag en maximaal 5 dagen is in totaal € 250,- als "liggeld" uitgekeerd. Voor de rest van dat kalenderjaar is uw maximale vergoeding opgebruikt.

Maar wordt u opgenomen op 28 december 2011 en u wordt ontslagen op 6 januari 2012 dan bent u 10 dagen opgenomen geweest (4 dagen in december en 6 dagen in januari). U krijgt in dat geval € 50,- per dag, maximaal 5 dagen in 2011 en € 50,- per dag, maximaal 5 dagen in 2012. Voor de opnamedagen in 2011 krijgt u dus 4 x € 50,- = € 200,- en voor de opnamedagen in 2012 krijgt u dus 5 x € 50,- = € 250,- is in totaal € 450,- als "liggeld" uitgekeerd. U hebt namelijk het jaarmaximum van het

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

eerste jaar niet "opgebruikt", maar die ene dag die u over hebt uit 2011 mag u niet mee overnemen naar 2012. Wordt u in het tweede jaar opnieuw opgenomen dan hebt u weer recht op maximaal 5 dagen liggelduitkering.

D.13.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Niet van toepassing.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.4.4. Uitsluitingen

- a. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis;

D.13.5. Zittend ziekenvervoer

D.13.5.1. Omschrijving van de zorg

In bepaalde gevallen vergoedt uw hoofdverzekering het zittend ziekenvervoer van en naar een zorgverlener per huurauto, eigen auto of taxi gedeeltelijk. U betaalt hieraan per jaar zelf een bedrag (de eigen bijdrage). De hoogte van dit bedrag is wettelijk vastgesteld. Daarnaast geldt een maximum vergoeding per gereden kilometer. Hogere kosten betaalt u zelf. In andere gevallen vergoedt de hoofdverzekering niets en betaalt u zelf alle kosten. Zie voor de vergoeding artikel B.25.2.

D.13.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bij de berekening van de afstand gaan wij uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet.

Verwijzing

Niet nodig.

D.13.6. Herstellingsoord

D.13.6.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.7. Eigen bijdrage hospice

D.13.7.2. Waar hebt u recht op?

Het gaat om de bijdrage die het hospice zelf in rekening brengt en niet de eigen bijdrage vanuit de AWBZ. De nota van het hospice kan een bijdrage zijn waarin bijvoorbeeld de kosten in verband met maaltijden, huur van telefoon en tv, aansluiting voor internet, etc zijn inbegrepen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13.7.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

D.13.8. Ondersteuning thuissituatie

D.13.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij bemiddelen als u professionele ondersteuning nodig hebt.

Deze ondersteuning kan diensten betreffen zoals een nanny-service, een hondenuitlaatservice of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Vrijwilligers en mantelzorgers worden niet vergoed.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.9. Kinderopvang

D.13.9.3. Voorwaarden

Algemeen

a. Het gaat dus om het kind / de kinderen van (een van) de verzorgende ouders;

d. Welke dag dat is staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.10. ZorgTV

D.13.10.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.11. Reiskosten ouders

D.13.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.12. Bezoekkosten

D.13.12.2. Waar hebt u recht op?

Zorgadvies en akkoordverklaring

Toelichting "Zorgadvies aanvragen voor opname in België of Duitsland"

Als u in Nederland woont en in België of Duitsland in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) behandeld wilt worden, moet u dat vooraf bij ons aanvragen. Wij geven een akkoordverklaring als wij bijvoorbeeld met die instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) een afspraak over de behandelprijs hebben gemaakt. Het gaat dan om de kosten die uit de hoofdverzekering kunnen worden vergoed.

D.14. BUITENLAND ZORG

D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

- a. De voorwaarden, uitsluitingen, eigen bijdragen, eigen risico, etc. die gelden voor de vergoeding voor de zorg in Nederland of uw woonland, zijn dus ook van toepassing als u de kosten van de zorg in het buitenland maakt.
- c. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van ziekenvervoer. In artikel A.1. Begripsomschrijvingen staan onder "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen die wij aan dit vervoer stellen;
- i. Dit is de zogenaamde "reisarts".

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Bijvoorbeeld voor uw bagage maar ook omdat repatriëring in veel gevallen niet onder de verzekeringsvoorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering valt.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het terug brengen van een overledene valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

D.14.1.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

D.14.2.3. Voorwaarden

Algemeen

a. Het moet dus zorg betreffen, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden;

Zorgadvies en akkoordverklaring

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

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

Erratum Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen 2011

Erratum Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen 2011

Ingangsdatum 1 januari 2011

Dit Erratum bevat bevat aanvullingen op en afwijkingen van de Toelichting op de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen 2011.

Blz 15.

De volgende tekst:

A.12.2. Kosten die niet meetellen

Kosten die niet meetellen voor het verplicht eigen risico zijn bijvoorbeeld IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

Vervangen door deze tekst:

A.12.2. Kosten die niet meetellen

- b. Voorbeelden van deze kosten waarbij in dit geval wel eigen risico wordt berekend zijn: IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.