Verzekeringsvoorwaarden 2027

IZA Basis Keuze

Bekijk online versie

Welkom bij IZA

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering. Hierin leest u belangrijke informatie over uw zorgverzekering.

Onze website

Wilt u meer weten over uw zorgverzekering? Op iza.nl vindt u veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe u kunt declareren (kosten voor zorg terugvraagt).

Online uw zorgverzekering regelen

Alles voor uw zorgverzekering regelt u makkelijk online. Via Mijn IZA of de IZA app.

Zorgzoeker

Wilt u opzoeken met welke zorgaanbieders wij een contract hebben? Kijk dan op iza.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf toestemming (een machtiging) van ons nodig heeft? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Ga naar iza.nl/machtiging.

Hulp bij betalen

Heeft u hulp nodig bij betalen? Of wilt u meer weten over het betalen van uw premie en zorgkosten? Kijk op Hulp nodig bij betalen? Wij helpen u!

Contact

Wilt u contact opnemen met ons? Kijk op iza.nl/service-en-contact voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

Inhoud

I. Algemeen gedeelte 5

Artikel 1. Verzekerde zorg 5
Artikel 2. Algemene bepalingen 9
Artikel 3. Premie 11
Artikel 4. Overige verplichtingen 13
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden 13
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering 14
Artikel 7. Verplicht eigen risico 17
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico 18
Artikel 9. Buitenland 19
Artikel 10. Klachten en geschillen 20

II. Zorgartikelen 21

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg 21
Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 24
Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas 25
13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas 25
13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen 26
Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging) 27
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg 28
15.1. Verloskundige zorg 28
15.2. Kraamzorg 29
Artikel 16. Medisch specialistische zorg 31
Artikel 17. Revalidatie 33
17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie 33
17.2. Geriatrische revalidatie 34
Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek 34
Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg 35
19.1. In-vitrofertilisatie (IVF) 35
19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg 36
Artikel 20. Audiologische zorg 36
Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie 37
Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen 38
Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg 39
Artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma 39

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder 40

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie 44
Artikel 27. Logopedie 46
Artikel 28. Ergotherapie 47
Artikel 29. Diëtetiek 48

MONDZORG

Artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 49
Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde 50
31.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen 50
31.2. Tandheelkundige implantaten 51
Artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder 53
Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder 53

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen 54
Artikel 35. Dieetpreparaten 58

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen 59

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 37. Verblijf 61

ZIEKENVERVOER

Artikel 38. Ambulancevervoer en ziekenvervoer 63

ZORGBEMIDDELING

Artikel 39. Zorgadvies en bemiddeling 65

III. Begripsomschrijvingen 66

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZA Basis Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen ‘de zorgverzekering’. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

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

Medische noodzaak

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

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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

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

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

Uitzonderingen:
- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 70% van de gewogen gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 70% van de Wmg-tarieven. Als het gedeclareerde bedrag lager is dan het gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief of indien van toepassing het Wmg-tarief, dan vergoeden wij maximaal een percentage van het gedeclareerde bedrag.

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

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

Huisartsenzorg
Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11. Huisartsenzorg onder 11.1., 11.2. en 11.3.1. naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 70% van het gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hulpmiddelen in bruikleen
Kijk voor meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen in bruikleen in artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Cessieverbod
U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)), GGZ (artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder en 37. Verblijf), Farmaceutische zorg (artikel 34. Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn IZA of via de IZA app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

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

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

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. U heeft hiervoor onze schriftelijke voorafgaande toestemming nodig. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.
Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:
- Medisch inhoudelijke factoren;
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

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

1.8. Verrekening van kosten

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

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.
Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift
Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgaanbieder namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

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

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

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:
- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde ‘no show fee’)
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota’s van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht
- (Vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u als zorgaanbieder aan uzelf verleent
- (Vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u krijgt van een zorgaanbieder die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is.

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

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

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

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

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

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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis.
Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad zijn de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

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

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

2.3. Bijbehorende documenten

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

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Generiek kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg met bijbehorende modules
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ
- Lijst consult registrerende beroepen
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Protocol Hoorhulpmiddelen
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.

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

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

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

- In ons Incidentenregister
- In het Extern Verwijzings Register (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgaanbieders

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming.
Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn IZA of in de IZA app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Voorrangsbepaling

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

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing. De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

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

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

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?
De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.

3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4.).
b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn IZA gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.

3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

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

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

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

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

3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:

a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u de mogelijkheid aan om een betalingsregeling te treffen. U heeft 4 weken de tijd om het aanbod te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

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

Artikel 4. Overige verplichtingen

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

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

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

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

5.2. Opzeggingsrecht

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

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

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

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

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

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

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

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

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

6.2. Einde van rechtswege

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

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

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

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

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

6.3.2. Jaarlijks opzeggen

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

6.3.3. Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- Van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- Binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede

kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2. Opzeggingsrecht;
- Als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u de verzekering van uw kind tussentijds opzeggen. Dit kan alleen als uw kind zelf een zorgverzekering heeft gesloten.

6.3.4. Opzegservice

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

6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

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

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

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:
- Als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5. Niet-tijdig betalen;
- Als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4. Fraude);
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;
- Als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgaanbieders of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw zorgverzekering hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:
- Naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde
- Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer
- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

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

6.6. Verzekering van onverzekerden

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

a. U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
b. Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
c. U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 400 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel 11. Huisartsenzorg;
- Het meedenkadvies en meekijkconsult. Het advies van of het consult met een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) als de huisarts dit heeft gevraagd om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden zoals omschreven in artikel 11. Huisartsenzorg en artikel 16. Medisch specialistische zorg;
- Voor spoedzorg verleend door Spoedzorg Zoetermeer. U betaalt wel eigen risico voor bijvoorbeeld geneesmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek die apart in rekening worden gebracht;
- Zorg vanwege overgewicht en obesitas zoals omschreven in artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging);
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Zie artikel 15.1. Verloskundige zorg en artikel 16. Medisch specialistische zorg;
- Plaatsen en verwijderen van een spiraaltje of een anticonceptiestaafje door een huisarts of verloskundige. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje en het anticonceptiestaafje. Zie artikel 34. Geneesmiddelen en het Reglement hulpmiddelen;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2. Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 34. Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 35. Dieetpreparaten;
- Oefentherapie bij artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut zoals omschreven in artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen onder d is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen onder e en f, als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- De kosten voor afstemming ten behoeve van samenwerking van een zorgaanbieder met andere partijen voor een bepaalde groep verzekerden. De afstemming moet verband houden met zorg die valt onder de zorgverzekering. De zorgaanbieder mag de kosten alleen in rekening brengen als wij hiervoor een contract hebben met de zorgaanbieder;
- Het verkennend gesprek, zie artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

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

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

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

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

a. We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 400 keer 30 gedeeld door 365 is € 32,88 en wordt afgerond op € 33.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

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

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

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

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel
7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

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

a. We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 keer 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 400 keer 30 gedeeld door 365 is € 32,88 en wordt afgerond op € 33. Het totale eigen risico bedraagt € 41 (€ 33 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

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

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

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

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

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

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

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Let op

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.
Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.
U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de IZA app, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

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

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

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

II. Zorgartikelen

Uw verzekering is een naturaverzekering. Op grond van deze verzekering heeft u recht op zorg. In de artikelen 11 tot en met 39 leest u op welke zorg u recht heeft.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Huisartsenzorg is geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en het hierbij behorend onderzoek en de diagnostiek.

11.1. U heeft recht op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder verantwoordelijkheid van de huisarts werkzaam is, kan de zorg ook verlenen.

Onder huisartsenzorg wordt ook verstaan:

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

Informatie over het stoppen-met-rokenprogramma vindt u in artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma.

Preconceptieconsult
Een preconceptieconsult is een consult om uw zorgvraag over uw zwangerschapswens te bespreken.
Uw huisarts kan u adviseren over gezonde voeding en de inname van foliumzuur en vitamine D.
Voor adviezen over bijvoorbeeld bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties of het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis kan uw huisarts u verwijzen.

Zorg voor psychische klachten
De huisarts verzorgt de eerste opvang als u psychische klachten heeft. De huisarts kan dit in samenwerking met een praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ doen.

11.2. Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein.
Voorbeelden van deze zorg zijn:
- (Kleine) chirurgische verrichtingen
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje)
- Longfunctiemeting (spirometrie)
- Diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders)
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus)
- Audiometrie (onderzoek van het gehoor)
- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Bent u 21 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorragie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel 34. Geneesmiddelen
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis)
- Therapeutische injectie (Cyriax).

11.3.1. Multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:
- Diabetes mellitus type 2 (DM type 2)
- Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem)
- Hart- en vaatziekten (HVZ; zorg als u patiënt bent met hart- of vaatziekten).

11.3.2. Gecontracteerde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- Verhoogd vasculair risicomanagement (VVR; zorg als u een verhoogd risico heeft op hart- of vaatziekten)
- Astma als u 16 jaar of ouder bent
- Programmatische zorg aan kwetsbare ouderen.

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

Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

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

Zorggroep

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.
Heeft uw huisarts een meedenkadvies of meekijkconsult gevraagd aan een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden? Dan geldt voor deze zorg geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor huisartsenzorg (artikel 11.1. en 11.2.) en multidisciplinaire zorg (artikel 11.3.1.):
   Bij een huisarts, zorggroep of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner huisarts (POH) (GGZ). Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of een anticonceptiestaafje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Uw verloskundige kan u hierover informeren.
2. Voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg (artikel 11.3.2.):
   Bij een door ons gecontracteerde zorggroep.

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 11.3.2. naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 11.1., 11.2., 11.4. en 11.5.) en diëtetiek (artikel 29. Diëtetiek).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 11.1., 11.2. of 11.3.1. naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan een huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

11.4. Eerstelijnsdiagnostiek

U heeft recht op:
- laboratoriumonderzoek, zoals bloed- of urineonderzoek
- beeldvormende diagnostiek, zoals een röntgenfoto
- functieonderzoek, zoals een hartfilmpje of longtest

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kunt u terecht

Bij een erkende instelling voor eerstelijnsdiagnostiek

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

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, GGD-arts, kaakchirurg of een zorgaanbieder in het kader van ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

11.5. Preventieve voetzorg

U heeft recht op voetzorg als u een verhoogd risico heeft op voetulcera als gevolg van een ziekte of medische behandeling. Voetulcera zijn diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen. Op welke voetzorg u recht heeft, is afhankelijk van uw risicoprofiel. Dit risicoprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. De hoogte van het risicoprofiel hangt af van:
- de mate waarin het gevoel in uw voeten verminderd is
- de mate waarin de doorbloeding van uw voeten verminderd is
- of er drukplekken zijn op uw voeten
- de kwetsbaarheid van uw huid.

Er zijn 4 risicoprofielen: 0, 1, 2 en 3. Bij risicoprofiel 0 heeft u geen recht op zorg. Heeft u risicoprofiel 1, dan heeft u alleen recht op een jaarlijkse voetcontrole. Heeft u risicoprofiel 2 of 3? Dan heeft u recht op een jaarlijkse voetcontrole en de volgende voetzorg om voetulcera te voorkomen of te behandelen:
- uitleg over een gezonde leefstijl die voetproblemen kan voorkomen
- regelmatig gericht voetonderzoek
- vaststellen en behandelen van risicofactoren zoals huid- en nagelproblemen en van afwijkingen van de vorm en stand van uw voeten
- advies over de juiste schoenen of andere hulpmiddelen

Heeft u diabetes? Dan kan de preventieve voetzorg onderdeel zijn van het zorgprogramma voor diabetes.

Dit is niet verzekerd
- Voetzorg wanneer u risicoprofiel 0 of 1 heeft
- Persoonlijke voetverzorging zoals algemene nagelverzorging en het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen

Op voorschrift van

Huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico.

Hier kunt u terecht
Voor voetzorg die geen onderdeel uitmaakt van een zorgprogramma kunt u terecht bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De podotherapeut stelt uw behandelplan op. De podotherapeut bepaalt welk deel van de behandeling een (medisch) pedicure eventueel mag verlenen. De podotherapeut blijft eindverantwoordelijk. Alleen de podotherapeut kan de voetzorg verleend door een medisch pedicure in rekening brengen.
Pedicurezorg mag verleend worden door:
- Een medisch pedicure of pedicure met aantekening reumatische voet of diabetische voet die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo
- Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

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

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

12.1. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit is generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare ouderen, mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.

12.2. Deze zorg omvat ook:
a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. U kunt hierbij denken aan ouderen met multiproblematiek, mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of met een verstandelijke beperking
b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijke handicap of niet-aangeboren hersenletsel
c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington
d. Zorg aan mensen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking

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

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kunt u terecht
1. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.1.: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.
2. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2.: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar. De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Regiebehandelaar voor een landelijk erkend multidisciplinair zorgprogramma mogen ook zijn een GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2. mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld in artikel 12.2a.
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijke handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld in artikel 12.2b.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas

13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas

De ketenaanpak zorg en ondersteuning vanwege overgewicht en obesitas is er voor verzekerden tot 18 jaar met een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. De ketenaanpak omvat in ieder geval begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener.
Een centrale zorgverlener:
- stelt een brede anamnese op
- stelt een plan van aanpak op met kind en gezin en zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet
- coördineert de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en het gezin
- zet in op het versterken van het zelfmanagement van het kind en het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om een duurzame gedragsverandering te realiseren.

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden tot 18 jaar maakt onderdeel uit van de ketenaanpak. Een GLI is een erkend zorgprogramma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma.

De ketenaanpak kan in zijn geheel maximaal 3,5 jaar duren. De 3,5 jaar is inclusief een mogelijke tussenperiode van 6 maanden waarin activiteiten in het sociale of publieke domein plaatsvinden. De tussenperiode kan in overleg met ons worden verlengd als dit een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bereiken van het doel van het zorgplan.

Een GLI duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Dit is niet verzekerd
Maakt een GLI geen onderdeel uit van het plan van aanpak? Dan komen de kosten voor de coördinatie door een centrale zorgverlener niet ten laste van de zorgverzekering.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor de begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener bij een zorgaanbieder die als jeugdverpleegkundige in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN) of als jeugd- en gezinsprofessional of pedagogisch adviseur in het register van Stichting kwaliteitsregister jeugd (SKJ) staat
2. Voor een erkende gecombineerde leefstijlinterventie: bij een erkende kinderleefstijlcoach. Op onze website vindt u de erkende gecombineerde leefstijlinterventies en kinderleefstijlcoaches.

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, kinderarts, jeugdarts of hbo-jeugdverpleegkundige.

13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is ingeschreven in het KABIZ-register (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) en is aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen). Ook medische kindzorg thuis, in een verpleegkundig kinderdagverblijf en verpleegkundig kinderzorghuis valt onder verpleging en verzorging. Medische kindzorg wordt ook wel intensieve kindzorg genoemd.

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Let op
Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

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

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

Indicatie nodig van
- Een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging en Verzorging Nederland.
- Een kinderverpleegkundige voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Dit is een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening of verpleegkundig specialist met kinderaantekening. De kinderverpleegkundige stelt de indicatie op basis van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en werkt volgens het landelijke Medische Kindzorg Samenwerking (MKS).

Hier kunt u terecht
1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De indicatiesteller blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

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

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

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

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

Deze zorg omvat ook:
- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
  Als u een kinderwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11. Huisartsenzorg is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- De niet-invasieve prenatale test (NIPT) als u een medische indicatie heeft.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down) of een medische indicatie heeft voor invasieve diagnostiek.

Eigen risico
Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Voor het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje of een anticonceptiestaafje door de verloskundige geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje of het anticonceptiestaafje. Zie artikel 34. Geneesmiddelen en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht
- Bij een verloskundige. Voor een echo kunt u terecht bij een zorgaanbieder die is geregistreerd in het daarvoor bestemde deelregister van het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland. Voor de diagnose echo placentacontrole moet de zorgaanbieder een samenwerkingsovereenkomst met het Regionale Centrum Prenatale Screening hebben.
- Bij een huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.
- Voor de NIPT kunt u terecht bij een bloedafnamelocatie voor NIPT. Het bloedonderzoek wordt uitgevoerd door een universitair centrum. Voor invasieve diagnostiek kunt u terecht in een centrum voor prenatale diagnostiek.
- Integrale geboortezorg mag alleen worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

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

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

15.2. Kraamzorg

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende maximaal 6 weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
Kraamzorg kunt u ontvangen in:
- uw thuissituatie
- een kraamcentrum
- een geboortecentrum
- een ziekenhuis.

Het aantal kraamzorguren indiceert de kraamzorgorganisatie aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) of de Kraamzorg Landelijke Indicatiemethodiek (KLIM). U vindt het protocol of de regeling op onze website. Na de bevalling en gedurende de kraamperiode bepaalt de kraamzorgorganisatie samen met u en de verloskundige hoeveel uren kraamzorg u krijgt. U krijgt de minimaal noodzakelijke uren kraamzorg volgens het geldende indicatieprotocol (LIP of KLIM). Voor iedere dag waarop u al kraamzorg ontving in het ziekenhuis wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg per dag in mindering gebracht op het aantal te ontvangen kraamzorguren.

Digitale kraamzorg
U krijgt de minimaal noodzakelijke fysieke uren kraamzorg. De kraamzorgorganisatie kan de fysieke zorg aanvullen met digitale kraamzorg voor voorlichting en/of instructie. Ook een digitaal consult met een kraamverzorgende kan onderdeel uitmaken van de digitale kraamzorg.

> **Let op**
> Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

Eigen bijdrage
U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:
- € 6 per uur voor kraamzorg thuis, in een geboortecentrum of een kraamcentrum.
- € 23,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 169 per dag voor zowel moeder als kind. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 291 per dag (zie berekening in de tabel hierna).
- Voor digitale kraamzorg geldt geen eigen bijdrage.
- Voor de ondersteuning bij de bevalling (partusassistentie) door een kraamverzorgende geldt geen eigen bijdrage.
- Eventuele verblijfskosten en overige bijkomende kosten betaalt u zelf.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

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

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

Extra informatie
Maakt u gebruik van een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuurt u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U kunt een kopie opvragen bij uw kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

Eigen bijdrage en maximale vergoeding

Bevalling en kraamzorg thuis	**Eigen bijdrage en maximale vergoeding**
Bevalling thuis	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg thuis	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 6 per uur.
Kraamzorg in een kraamcentrum of geboortecentrum	**Eigen bijdrage en maximale vergoeding**
Kraamzorg in een kraamcentrum of geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 6 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	**Eigen bijdrage en maximale vergoeding**
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Er geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	**Eigen bijdrage en maximale vergoeding**
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 291 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 169 = € 338 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 23,50 = € 47 per dag Totaal: € 338 - € 47 = € 291 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 291 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 217,15 voor moeder en kind samen. Hierbij is al rekening gehouden met de maximale vergoeding van € 291 per dag.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
  U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Een meedenkadvies kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. De huisarts vraagt een medisch specialist om advies. Bijvoorbeeld om een verwijzing naar medisch specialistische zorg te voorkomen. Bij een meedenkadvies heeft alleen de huisarts contact met de medisch specialist.
- Een meekijkconsult kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. Het meekijkconsult moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met de huisarts. U keert na het consult terug naar uw huisarts. Uw huisarts houdt de regie over de behandeling. Als uit het meekijkconsult volgt dat u recht heeft op MSZ, dan heeft u hiervoor een verwijsbrief nodig.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

a. Van 1 juli 2021 tot 1 april 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
b. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2029, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
c. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

Hier kunt u terecht
Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op
Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.
Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.
Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg
Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

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

Toestemming
U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Daarnaast heeft u ook voorafgaande toestemming nodig voor een toepassing van geneesmiddelen welke niet in de zorgverzekering is opgenomen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?
U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

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

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

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.
Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard als bij u sprake is van:

- Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. U heeft ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat er sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als u niet-aangeboren hersenletsel heeft en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

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

Hier kunt u terecht
Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

17.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten). Het doel is herstel of verbetering van uw functioneren en uw deelname aan de maatschappij.
GRZ is alleen verzekerd als hier geen verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aan is voorafgegaan dat gepaard gaat met een behandeling in dezelfde instelling.

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

Hier kunt u terecht
Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

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

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

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie (IVF) is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan wordt de eerste en tweede IVF-poging alleen vergoed als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.
Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

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

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

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

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

Hier kunt u terecht
Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

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

Verwijsbrief nodig van
Gynaecoloog of uroloog.

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

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

19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

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

Hier kunt u terecht
Bij een gynaecoloog of uroloog.

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat zorg in verband met:
- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

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

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

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

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

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd

a. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
b. Liposuctie van de buik
c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

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

Hier kunt u terecht
Bij een medisch specialist. Epilatie (ontharen) bij transgenderzorg mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

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

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

Toestemming
U heeft vooraf toestemming nodig voor behandelingen vermeld op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische zorg. U vindt deze lijst op onze website. U heeft ook vooraf toestemming nodig voor ontharen van het gezicht bij genderincongruentie. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker of een risico op borstkanker. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

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

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

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- Vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht
Bij een medisch specialist.

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

Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is multidisciplinaire zorg in verband met een visuele, auditieve of communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

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

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

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

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

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

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

Artikel 24. Stoppen-met-rokenprogramma

Het stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige zorg ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Ook geneesmiddelen kunnen deel uitmaken van deze zorg als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 3 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

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

Hier kunt u terecht
Bij zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving.
De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door een door ons voor deze zorg gecontracteerde (internet)apotheek. U vindt deze op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten?
Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Verkennend gesprek
Een verkennend gesprek kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. In een verkennend gesprek wordt samen met u gekeken wat uw hulpvraag is en welke ondersteuning of zorg u kan worden geboden. Vragen die daarbij spelen zijn of u ondersteuning vanuit de gemeente of andere maatschappelijke organisaties nodig heeft. Of GGZ. Of ondersteuning en GGZ. In dat laatste geval wordt ook gekeken wat de best passende zorg is: gelijktijdig of achtereenvolgens. Als uit het verkennend gesprek volgt dat u recht heeft op GGZ, dan heeft u hiervoor een verwijsbrief nodig.

Dit is niet verzekerd
Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringswet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Universele en selectieve preventie. Dit is preventie gericht op de hele bevolking of delen daarvan of op groepen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie vallen wel onder de zorgverzekering. Als er geen stoornis is vastgesteld, valt deze preventie onder huisartsenzorg. En niet onder de GGZ. De zorg kan dan verleend worden door een huisarts of een praktijkondersteuner huisarts GGZ
- Dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback
- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 classificatie. De behandeling van bijvoorbeeld alleen obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor het verkennend gesprek. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS GGZ) beschrijft de minimale kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om de GGZ rond een verzekerde te organiseren. Het geeft een beschrijving van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders in verschillende onderdelen van het zorgproces, zodat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen.

Het LKS GGZ verdeelt het zorgproces in twee delen:

1. Probleemanalyse, indicatiestelling met het stellen van een diagnose, behandeling en begeleiding en de reflectie hierop;
2. Uitvoering, coördinatie en evaluatie van behandeling en begeleiding.

De regiebehandelaar heeft voor het eerste deel in het zorgproces een indicerende rol en voor het tweede deel een coördinerende rol. Het LKS GGZ beschrijft welke taken en verantwoordelijkheden bij deze rollen horen en hoe deze zich verhouden tot de rol van medebehandelaar. Ook beschrijft het welke competenties nodig zijn om deze rollen als regiebehandelaar te kunnen vervullen.

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder maakt voor de verzekerde inzichtelijk hoe de zorgaanbieder aan de minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het geeft de verzekerde en eventueel een naaste informatie over de uitgangspunten en de werkwijze van de zorgaanbieder. De verzekerde kan zo een weloverwogen keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en meebeslissen over de behandeling.

Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien.

Setting

GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. In de GGZ heet dit een setting. Er zijn 8 settingen:

1. Behandeling zonder verblijf door een vrijgevestigd zorgaanbieder (kwaliteitsstatuut sectie II)
2. Monodisciplinaire behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III)
3. Multidisciplinaire gespecialiseerde behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III). Naast de regiebehandelaar wordt de zorg door minstens 2 andere zorgaanbieders met verschillende beroepen geleverd
4. Outreachende zorg is gespecialiseerde multidisciplinaire GGZ voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend
5. Gespecialiseerde GGZ met verblijf (exclusief forensische en beveiligde zorg)
6. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ met verblijf
7. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ zonder verblijf
8. Hoogspecialistische multidisciplinaire GGZ met of zonder verblijf

Regiebehandelaar

Per setting is bepaald wie regiebehandelaar mag zijn. De regiebehandelaar moet voor diagnostiek, het stellen van een indicatie, behandeling en begeleiding handelen volgens de specificatie van de inzet zoals deze voor de betreffende beroepsgroep is vermeld in het LKS GGZ. Elke regiebehandelaar heeft zijn eigen specialisatie.

Setting 1

Voor generalistische basis GGZ (GB GGZ): een klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).
Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
Een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 2

Voor GB GGZ: een klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verslavingsarts. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting.

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een GZ-psycholoog, physician assistant of orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting.
Een psychiater, klinisch(neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk of het multidisciplinair team waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 3 tot en met 8
Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts, physician assistant, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of orthopedagoog-generalist.

Setting 3, 4, 5 en 8
Voor gespecialiseerde GGZ: een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater.

Diagnostiek en indicatiestelling
Bij diagnostiek en indicatiestelling moet altijd een behandelaar betrokken zijn met een van de volgende beroepen in de gespecialiseerde GGZ vallend onder artikel 3 of 14 van de Wet op de Individuele beroepen in de Gezondheidszorg (BIG): een klinisch(neuro)psycholoog, psychiater, psychotherapeut of verpleegkundig specialist GGZ. Of een verslavingsarts voor verslavingszorg of een specialist ouderengeneeskunde voor ouderenpsychiatrie.
Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.

Overgangsregeling Jeugdwet
Regiebehandelaar GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.

Hoogspecialistische GGZ
Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding.

Verkennend gesprek
Voor het verkennend gesprek moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding. In uw regio is afgestemd wie het verkennend gesprek mag voeren.

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

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

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, straatdokter of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.
De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor GGZ met verblijf (zie artikel 37. Verblijf). Verstrijkt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar
- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie
Ten hoogste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie onder toezicht van een bekkenfysiotherapeut of een bekkenoefentherapeut in verband met urine-incontinentie.

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

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht
Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij axiale spondyloartritis
Langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen). Op onze website vindt u welke zorgaanbieders deze oefentherapie mogen geven.

Oefentherapie bij COPD
Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis
Langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen).

Behandeling van chronische aandoeningen
Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.

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

Valpreventief beweegprogramma bij een hoog risico om te vallen
Maximaal 1 trainingsprogramma per 12 maanden ter verbetering van spierkracht, balans en problemen bij het lopen. U heeft recht op een erkend programma als uit een valrisicobeoordeling (ook wel valanalyse genoemd) is gebleken dat u als gevolg van lichamelijke of psychische problemen begeleiding nodig heeft van een fysiotherapeut of oefentherapeut. De valrisicobeoordeling moet uitgevoerd worden door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of praktijkondersteuner ouderenzorg. De erkende valpreventieve beweegprogramma's vindt u op onze website.

Dit is niet verzekerd
Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor oefentherapie voor artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht
Bij een fysiotherapeut of oefentherapeut

Gespecialiseerde therapie
Voor gespecialiseerde fysiotherapie en oefentherapie kunt u terecht bij een:
- Bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut
- Bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of oefentherapeut

Voor bekkenfysiotherapie bij een:
- Bekkenfysiotherapeut
- Bekkenoefentherapeut

Voor oedeemtherapie bij een:
- Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut

Voor littekentherapie bij een:
- Huidtherapeut

Voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik bij een:
- Fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL). Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:
- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Therapie voor etalagebenen, ziekte van Parkinson, parkinsonisme, reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis
Voor oefentherapie voor etalagebenen:
- Bij een fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten bij Chronisch Zorgnet

Voor fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson en parkinsonisme:
- Bij een fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten bij ParkinsonNet

Voor oefentherapie bij reumatoïde artritis (RA) of axiale spondyloartritis (AxSpa) bij een:
- Fysiotherapeut die een aanvullende vermelding voor RA of AxSpa heeft bij het KNGF of het SKF
- Oefentherapeut die een actuele registratie voor RA of AxSpa heeft bij de Vereniging van Oefentherapeuten (VvO) of het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

Wij sluiten voor oefentherapie voor etalagebenen en voor fysiotherapie of oefentherapie voor ziekte van Parkinson en parkinsonisme alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch Zorgnet en ParkinsonNet. En voor RA of AxSpa alleen met fysiotherapeuten of oefentherapeuten die beschikken over de juiste vermelding of registratie. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij Chronisch Zorgnet, ParkinsonNet of die niet over de juiste vermelding of registratie beschikt voor RA of AxSpa, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

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

Brief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat bij u sprake is van:
- urine-incontinentie
- etalagebenen (perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine)
- artrose aan heup- of kniegewricht
- axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen
- COPD (GOLD klasse II en hoger)
- reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen
- een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Gaat u voor artroseklachten aan heup- of kniegewricht naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut beoordelen of u aanspraak maakt op zorg vanuit de zorgverzekering.

Artikel 27. Logopedie

Logopedie is zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Dit is niet verzekerd
Logopedische behandelingen in verband met:
- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

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

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

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

ParkinsonNet
Heeft u de ziekte van Parkinson of parkinsonisme en heeft u logopedie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met logopedisten aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

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

Artikel 28. Ergotherapie

Ergotherapie is zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

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

Hier kunt u terecht
Bij een ergotherapeut.

Gespecialiseerde therapie
Voor gespecialiseerde ergotherapie kunt u terecht bij een:
- Kinderergotherapeut
- Handergotherapeut
- Handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik. Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een ergotherapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

ParkinsonNet
Heeft u de ziekte van Parkinson of parkinsonisme en heeft u ergotherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met ergotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

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

Artikel 29. Diëtetiek

Diëtetiek is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar. Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

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

Hier kunt u terecht
Bij een diëtist.

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

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

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

Artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Tandheelkundige zorg is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. Controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op dit onderzoek
2. Incidenteel consult
3. Tandsteen verwijderen
4. Fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit: 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op deze behandeling
5. Sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen)
6. Behandeling van het tandvlees (parodontale hulp)
7. Verdoving (anesthesie)
8. Wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp)
9. Vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen)
10. Behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp)
11. Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen)
12. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

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

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

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.
Voor een autotransplantaat bij een multidisciplinair behandelteam waarbij het chirurgische deel uitgevoerd wordt door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of kaakchirurg en het tandheelkundige deel door een tandarts. De regierol ligt bij de zorgaanbieder die het chirurgische deel uitvoert.

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

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Kronen, bruggen en implantaten
- Kaakoverzichtsfoto's
- Autotransplantaten door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of een tandarts
- De 11e sealing of meer
- Het trekken van een frontelement, melktand of melkkies in een moeilijke situatie waarbij het tandvlees aan de kant moet worden geschoven
- De toeslag zeer ernstig geslonken kaak bij een gebitsprothese
- Behandelingen van het kauwstelsel
- Behandelingen van het tandvlees
- Meer dan 1 uur preventieve voorlichting per jaar
- Meer dan 50 minuten gebitsreiniging per jaar
- De kosten van alle overige tandheelkundige behandelingen die samen meer dan € 1.400 per jaar bedragen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

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

31.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

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

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

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

U vindt deze centra op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

31.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt, kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

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

U vindt deze centra op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd
- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

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

Hier kunt u terecht
Bij een kaakchirurg.

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

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

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

Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso- structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

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

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

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage is ook het eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 31.2. Tandheelkundige implantaten.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

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

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
   a. Als er sprake is van extra techniekkosten voor een metalen versteviging, weekblijvende basis, non-toxic kunsthars/monomeervrije kunsthars en/of gaasversteviging/vezelversterker
   b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
   c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
   a. Een gebitsprothese op implantaten
   b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
   c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen

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

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik
- Begeleiding en verbetering van geneesmiddelengebruik in samenwerking met de huisarts
- Farmaceutisch consult.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

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

Medische noodzaak

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

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

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

Niet-geregistreerde geneesmiddelen
De zorg omvat niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.
U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
- Apotheekbereidingen;
- Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort
Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, omvat de zorg een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

Dit is niet verzekerd

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

U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op

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

Eigen bijdrage

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

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

a. We delen de eigen bijdrage door het aantal dagen van het kalenderjaar.
b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen.
Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

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

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

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

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

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

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

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

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.
   Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.
   Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? U dient dan vooraf toestemming aan te vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
   - Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
   - Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
   - Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals een anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen met hormonen zoals anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, hormoonspiraaltje of ring als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorragie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of anticonceptiestaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 35. Dieetpreparaten

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

a. Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
b. Lijdt aan een voedselallergie
c. Lijdt aan een resorptiestoornis
d. Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
e. Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding. In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen. Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Let op
Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)
Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Gaat u naar een apotheker, apotheekhoudend huisarts of facilitair bedrijf waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? U kunt dan het door uw huisarts voorgeschreven recept of de ingevulde ZN verklaring inleveren. De apotheker, apotheekhoudend huisarts of het facilitair bedrijf beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen het recept of de verklaring niet bij uw apotheek, apotheekhoudend huisarts of facilitair bedrijf wilt inleveren, dan kunt u ons de verklaring ook rechtstreeks (laten) sturen.
Gaat u naar een apotheker, apotheekhoudend huisarts of facilitair bedrijf waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? U dient dan vooraf toestemming te vragen door de verklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

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

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

Gebruikt u een hulpmiddel of een verbandmiddel en wilt u overstappen naar een nieuwe hulpmiddelenleverancier? Neem dan tijdig contact op met uw huidige hulpmiddelenleverancier om u af te melden. U kunt per zorgvraag bij één hulpmiddelenleverancier tegelijk terecht.

Gaat het om verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen, hulpmiddelen bij diabetes, incontinentie- of stomamaterialen? Dan meldt u aan uw nieuwe hulpmiddelenleverancier tot wanneer u voldoende hulpmiddelen en/of verbandmiddelen heeft. Hiermee voorkomt u onnodige voorraad. Onnodige voorraad krijgt u niet vergoed.

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

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

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

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

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

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

Bruikleen

Verstrekt een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract een hulpmiddel in bruikleen? En gaat u voor dit hulpmiddel naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan vergoeden wij maximaal 70% van de gewogen gemiddelde kosten per gebruiker per jaar die wij betaald zouden hebben als u naar een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract voor de betreffende zorg zou zijn gegaan. De hoogte van de gewogen gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt door een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract.

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

Toestemming
In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft.
Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

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

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 37. Verblijf

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11. Huisartsenzorg), verloskundige zorg (artikel 15.1. Verloskundige zorg), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), GGZ (artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar, 31. Bijzondere tandheelkunde en artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.
Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die medische kindzorg (intensieve kindzorg) nodig hebben zoals omschreven in artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging).

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?
Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

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

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

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

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

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

Op voorschrift van
Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met medische kindzorg mag een kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige een voorschrift afgeven.
Voor verblijf in verband met GGZ mag een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een straatdokter een voorschrift afgeven. Of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.
Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming
U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medische kindzorg (artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging), medisch specialistische zorg (artikel 16. Medisch specialistische zorg), revalidatie (artikel 17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie), GGZ (artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en mondzorg (artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar, 31. Bijzondere tandheelkunde en 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.
U heeft ook onze toestemming nodig voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Artikel 38. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
   a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
   b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
   c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
   d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
      - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
      - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
   e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. Ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
   a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
   b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
   c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
   d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
   e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (medische kindzorg, ook wel intensieve kindzorg genoemd);
   f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2. Geriatrische revalidatie;
   g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen onder punt 2a, 2b of 2c;
   h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer komt u in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

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

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

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

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

Logeerkosten

Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 97 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 140 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
   - Bij een taxivervoerder
   - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
   - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,43 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

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

Op voorschrift van

Voor ambulancevervoer: huisarts of medisch specialist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt via onze website toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Extra informatie

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

ZORGBEMIDDELING

Artikel 39. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.
U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Onze zorgadviseurs bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, kunnen wij u toestemming geven om voor deze zorg gebruik te maken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. U heeft hiervoor onze voorafgaande schriftelijke toestemming nodig. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

III.Begripsomschrijvingen

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

Audiologisch centrum: instelling voor gehoor- en taaldiagnostiek en behandeling en advies voor hoorhulpmiddelen.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl.

CAK: Centraal Administratie Kantoor.

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

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

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

Eigen risico:

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

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

Familielid in de 1e of 2e graad: Onder familielid in de 1e of 2e graad verstaan wij in deze verzekeringsvoorwaarden:

- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

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

Geboortecentrum: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

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

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening.

Instelling:

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

IZA Basis Keuze: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de IZA Basis Keuze aangeduid met 'de zorgverzekering'.

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

NZa: Nederlandse zorgautoriteit.

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

Setting GGZ: onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines.

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

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Noord-Macedonië, Marokko, Montenegro, San Marino, Servië, Tunesië, Turkije en de landen van het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Gibraltar, Noord-Ierland, Schotland en Wales).

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

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

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

Verzekeringsvoorwaarden IZA Basis Keuze/verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet.

Wlz: Wet Langdurige Zorg.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg en/of overige diensten.

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

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

Zorgverzekeraar, de/IZA Zorgverzekeraar: IZA Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09154427. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001038. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

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

www.iza.nl

Wilt u een wijziging doorgeven of bijvoorbeeld een gezinslid aanmelden?

Dat doet u gemakkelijk en veilig in Mijn IZA door in te loggen met uw DigiD. Altijd bereikbaar via www.mijniza.nl.

D3703-202611