

Modelovereenkomst Zorgzaam

Verzekeringsvoorwaarden 2017

Welkom bij Zorgzaam

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw zorgverzekering. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, zijn op deze pagina voor u op een rij gezet. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.zorgzaam.nl. U vindt daar alle informatie over de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen.

Zorgeloos verzekerd

Mijn Zorgzaam

In Mijn Zorgzaam regelt u zelf uw verzekeringszaken, wanneer het u uitkomt. U kunt in Mijn Zorgzaam uw declaraties indienen, gegevens wijzigen en direct zien hoeveel verplicht en vrijwillig eigen risico u nog hebt. Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op www.mijnzorgzaam.nl.



Belangrijke informatie

Contact:

De Helpdesk van Zorgzaam is van maandag t/m vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur telefonisch bereikbaar via (+31) 072-527 76 77.
Zorgzaam Alarmcentrale: +31 (0)40 297 58 20 (+ = internationaal toegangsnummer)
Univé Kraamzorg: 0800-899 80 99 (gratis).

Vervoer:

Wilt u vervoerskosten declareren? U vindt de Declaratie vervoerskosten op www.zorgzaam.nl/declareren. Of bel hiervoor met onze Helpdesk.

Gecontracteerde zorg:

Met welke zorgaanbieders voor welke zorg een contract is gesloten, vindt u op www.zorgzaam.nl/vergoedingen/zorgaanbieders.
Of bel hiervoor met onze Helpdesk.

Aanvragen toestemming:

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf toestemming van ons nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden.
Wilt u toestemming aanvragen? Download het Aanvraagformulier Toestemming op www.zorgzaam.nl/helpdesk/brochures-en-formulieren.

Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

Univé Zorg /Zorgzaam
Toestemming
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Online declareren:

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnzorgzaam.nl.
U kunt veilig inloggen met uw DigiD.
Het bedrag dat wordt vergoed, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.
Declareert u liever per post?
Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:
Zorgzaam
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoud

Artikel 1. Begripsomschrijvingen	4
Artikel 2. Grondslag en inhoud van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied	10
Artikel 3. Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar	11
3.1. Begin, einde en duur van de zorgverzekering	11
3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties	13
3.3. De premiegrondslag	14
3.4. Verplicht eigen risico	16
3.5. Vrijwillig gekozen eigen risico	16
3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen	17
Artikel 4. Geneeskundige zorg	20
4.1. Huisartsenzorg	20
4.2. Verpleging en verzorging	22
4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg	22
4.4. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)	24
4.5. Revalidatie	27
4.6. Transplantaties	28
4.7. Dialyse	28
4.8. Mechanische beademing	28
4.9. Oncologische aandoeningen bij kinderen	29
4.10. Trombosedienst	29
4.11. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	29
4.12. Audiologische zorg	29
4.13. Zintuiglijk gehandicaptenzorg	29
4.14. Paramedische zorg	30
4.15. Mondzorg	31
4.16. Farmaceutische zorg	33
4.17. Hulpmiddelenzorg	35
4.18. Ziekenvervoer	36
4.19. Generalistische basis (GB) GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	37
4.20. Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	38
4.21. Verblijf in een instelling	39
4.22. Buitenland	39
4.23. Stoppen-met-rokenprogramma	40
4.24. Uitsluitingen	41
4.25. Algemeen	41
Artikel 5. Overige bepalingen	41
5.1. Het aanvragen van toestemming	41
5.2. Klachten en Geschillen	42
5.3. Bescherming persoonsgegevens	42
5.4. Fraude	43
5.5. Molest / Terrorisme	43

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

Acute zorg

Medisch noodzakelijke zorg die geen uitstel gedooft.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts, aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Audiologisch centrum

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

Bruikleen

De verzekerde kan een hulpmiddel in bruikleen gebruiken zolang de verzekerde hierop is aangewezen en zolang de verzekerde bij de verzekeraar is verzekerd. De verzekerde sluit met de verzekeraar of zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin de rechten en plichten van de verzekerde zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kan de verzekerde alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten.

Buitenland

Buiten het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

Burgerservicenummer (BSN)

Een uniek identificerend persoonsnummer voor iedere burger, waarmee de burger bij elk (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan.

CAK Centraal Administratie Kantoor

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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 (kindertandarts).

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

CIZ Centrum indicatiestelling zorg

Collectief contract

Een overeenkomst gesloten tussen collectief contractant en zorgverzekeraar ten behoeve van de door de collectief contractant aangewezen verzekeringsplichtigen. Dit contract ligt bij de collectief contractant ter inzage. De collectief contractant is de natuurlijk persoon of de rechtspersoon, die een collectief contract met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc)

Een dbc beschrijft door middel van een dbc-code, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch-specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Eigen bijdrage

Een vastgesteld aandeel/bedrag, dat de verzekerde zelf dient te betalen alvorens de vergoeding volgens de verzekeringsvoorwaarden wordt uitgekeerd.

Eigen risico

Het eigen risicobedrag, dat als zodanig op de zorgpolis is vermeld.

EU- en EER-land

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Berthélemy, 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), Tsjechoë, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijk gesteld. De EER-landen (staten, die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

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 voorwendzelen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeem(fysio)therapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Geboortecentrum

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

Gecontracteerde zorg

Tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is voor bepaalde zorg een overeenkomst gesloten, waarbij de overeenkomst ten minste bepalingen inhoudt over de te verlenen zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs.

GGZ Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen

Instellingen, die geneeskundige zorg leveren in verband met een psychiatrische aandoening, en die als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Hulpmiddelen

De bij Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement hulpmiddelen. Het betreft hier een gebruiksklaar hulpmiddel, dat werkt en waarvan de verzekerde weet hoe met het hulpmiddel moet worden omgegaan. Een gebruikersinstructie is onderdeel van het hulpmiddel.

Instelling

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

In-vitrofertilisatiepoging (IVF)

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- Het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog, die is ingeschreven in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderroeftherapeut Cesar/Mensendieck

Een kinderoeftherapeut Cesar/Mensendieck, die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Kinderverpleegkundige niveau 5

Een verpleegkundige niveau 5, die BIG-geregistreerd is met een afgeronde opleiding kinderverpleegkunde.

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.

Kosten

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, die op grond van de door de zorgverzekeraar overeengekomen tarieven, dan wel de Wmg-tarieven, dan wel de tarieven conform de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Zorgzaam in rekening worden gebracht.

Kraamverzorgende

Een kraamverzorgende, die een erkend diploma voor kraamverzorging/kraamverpleging heeft.

Kraamzorg

De zorg na de geboorte, verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder als kind en de huishouding verzorgt.

Kraamzorgorganisatie

Een volgens de wet als zodanig toegelaten instelling.

Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, waarbij deze noodzaak door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden.

Modelovereenkomst

Model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten, die de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar hebben indien volgens het betreffende model een overeenkomst is gesloten.

Nederland

Het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. Tevens richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden van de Wet BIG.

Opname

Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- Adviezen over gezonde voeding;
- Advies over foliumzuursuppletie;
- Advies over de inname van vitamine D;
- Adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- Adviezen over geneesmiddelengebruik;
- Adviezen over de behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- Adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- Het opsporen van risico's aan de hand van de ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling voor zover geen onderdeel van prenatale screening.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een krachtens de wet toegelaten instelling voor revalidatie.

Schriftelijk

Onder 'schriftelijk' wordt eveneens verstaan 'per e-mail'.

Straatdokter

Een straatdokter is een arts die is geregistreerd bij een vereniging van straatdokters, bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep, en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de zorgverzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Terhandstellingskosten

Wanneer de verzekerde een voorgeschreven geneesmiddel haalt bij de apotheek, betaalt de verzekerde niet alleen voor de kosten van het geneesmiddel zelf. De verzekerde betaalt ook voor de dienstverlening van de apotheek.

Deze dienstverlening bestaat onder andere uit:

- Extra begeleiding indien de verzekerde voor het eerst een bepaald geneesmiddel gebruikt;
- Een instructie voor het gebruik van inhalatiemedicatie;
- Het bewaken dat de verzekerde geen verkeerde combinatie van geneesmiddelen gebruikt;
- Het samenstellen van het medicijn;
- Het controleren of de voorgeschreven sterkte en het voorgeschreven gebruik juist zijn.

UR-geneesmiddel

Een UR-geneesmiddel is een geneesmiddel dat uitsluitend op recept bij de apotheek verkrijgbaar is.

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland

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

Verpleegkundige niveau 5

Een verpleegkundige niveau 5, die BIG-geregistreerd is.

Verzekerde

Ieder, die als zodanig op de zorgpolis of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringsnemer

Degene, die de overeenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst tussen verzekeringnemer en de zorgverzekeraar.

Verzekeringsplichtige

Degene, die verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg

De Wet marktordening gezondheidszorg regelt welke prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Wmg-tarieven

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

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij de wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgaanbieder

Personen en instellingen in de gezondheidszorg, die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.

Zorgartikel

Artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie artikel 4. Geneeskundige zorg.

Zorggroep

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

Zorgpolis

De akte, waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgprogramma

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg, die de verzekerde als patiënt nodig heeft beter op elkaar is afgestemd. De zorgverzekeraar contracteert zorggroepen voor de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, chronische obstructieve longziekte, vasculair risicomanagement en Astma (voor verzekerden van 16 jaar en ouder). Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus, COPD, VRM of Astma. De zorgstandaarden kan de verzekerde vinden op www.zorgzaam.nl of telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar opvragen.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, in casu N.V. Univé Zorg. N.V. Univé Zorg is statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A..

Zorgzaam

Zorgzaam is een privaatrechtelijke stichting zonder winstoogmerk opgericht door de Centrales van Overheidspersoneel (de vakbonden voor defensiepersoneel). Zorgzaam heeft als doel het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen tegen een zo aantrekkelijk mogelijke premie. Eventueel door Zorgzaam in het kader van deze verzekeringsovereenkomst behaalde positieve financiële resultaten worden aangewend voor premiebeheersing in de toekomst.

Zvw Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Grondslag en inhoud van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied

- 2.1. Deze modelovereenkomst wordt gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 2.2. Deze modelovereenkomst moet worden uitgelegd en toegepast conform de Zvw, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het ingevulde aanvraagformulier.
- 2.3. Voor zover na het tijdstip waarop de tekst van deze modelovereenkomst in druk is gegaan, zou blijken dat de modelovereenkomst op enig onderdeel niet in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zvw, wordt de modelovereenkomst geacht te zijn gewijzigd, zodanig dat zij wel in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zvw. Bindend is uitsluitend de tekst van de modelovereenkomst, zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. De zorgverzekeraar zal de verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijzigingen van de tekst van de modelovereenkomst, die uit dit artikel voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de modelovereenkomst kan worden geraadpleegd op www.zorgzaam.nl, ligt ter inzage ten kantore van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 2.4. Indien dit tussen partijen is overeengekomen wordt de zorg op basis van deze modelovereenkomst behoudens eigen bijdrage rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Indien er geen overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen de kosten van de verstrekte zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
- 2.5. Deze modelovereenkomst geeft in artikel 3. een overzicht van de rechten en plichten, die de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar jegens elkaar hebben op grond van de Zvw.
- 2.6. De zorgverzekering is tot stand gekomen op basis van de gegevens, als bedoeld in artikel 5 van de Zvw, welke door de verzekeringsnemer aan de zorgverzekeraar zijn verschaft.
- 2.7. De zorgverzekeraar verwoordt voor iedere verzekerde de inhoud van de gesloten zorgverzekering in de zorgpolis, welke vervolgens voor deze verzekerde als bewijsstuk van de verzekering geldt. De zorgverzekeraar zal de verzekeringsnemer en indien de verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer, voor ieder kalenderjaar een zorgpolis verstrekken. Naast de zorgpolis wordt aan de verzekerde een bewijs van inschrijving verstrekt. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringsnemer een bewijs van het einde van de zorgverzekering overeenkomstig artikel 9, lid 2 van de Zvw. Indien de verzekerde een ander is dan de verzekeringsnemer ontvangt ook de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.
- 2.8. De documenten waar in deze modelovereenkomst naar wordt verwezen, maken deel uit van deze overeenkomst. Het gaat om de volgende documenten:
 - Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
 - Regeling zorgverzekering;
 - Clausuleblad terrorismedekking;
 - Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Zorgzaam;
 - Premiebijlage;
 - Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
 - Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
 - Zorgstandaarden Diabetes Mellitus, COPD, VRM en Astma;
 - Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland;
 - Reglement farmaceutische zorg;
 - Reglement hulpmiddelen;
 - Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
 - Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
 - Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
 - Overzicht vrijstelling eigen risico;
 - Dynamisch overzicht GGZ.

Deze overzichten en genoemde documenten zijn raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (072) 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

- 2.9. De aanspraak op zorg en overige diensten als in de modelovereenkomst omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.10. De verzekerde heeft slechts recht op zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Recht op zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
- 2.11. Op deze modelovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 2.12. De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen (artikel 5.3.).

Artikel 3. Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar

3.1. Begin, einde en duur van de zorgverzekering

- 3.1.1. De Modelovereenkomst Zorgzaam gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de zorgverzekering heeft ontvangen.
- 3.1.2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in artikel 3.1.1. bedoelde verzoek niet kan vaststellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en de zorgverzekeraar de persoon, die de zorgverzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het in artikel 3.1.1. gestelde, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 3.1.3. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringsnemer en de verzekerde, indien deze een andere is dan de verzekeringsnemer, onverwijld:
 - Een bewijs van het verzoek, bedoeld in artikel 3.1.1., waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - Een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in artikel 3.1.2., waarop de datum van ontvangst is vermeld.
- 3.1.4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3.1.1., ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering is verzekerd en de verzekeringsnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 3.1.1. of artikel 3.1.2., gaat de verzekering op die latere dag in.
- 3.1.5. Wanneer de vorige verzekering door het wijzigen van werkgever of door de wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Verzekerde moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar. Artikel 3.1.1. en artikel 3.1.2. gelden dan niet.
- 3.1.6. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925 eerste lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 3.1.7. De Zvw kent een verzekeringsplicht. De zorgverzekeraar is niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al is verzekerd op grond van de Zvw.
- 3.1.8. De looptijd van de zorgverzekering is één kalenderjaar.
- 3.1.9. Indien in afwijking van het gestelde in artikel 3.1.8. de zorgverzekering wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt een looptijd tot het einde van het erop volgende kalenderjaar.
- 3.1.10. De zorgverzekering wordt na afloop van het kalenderjaar telkens met één jaar verlengd, behalve wanneer uiterlijk 31 december van het desbetreffende kalenderjaar van de verzekeringsnemer of van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging per 1 januari van het volgende kalenderjaar van de verzekering is ontvangen.

- 3.1.11.** De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- De zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - De verzekerde overlijdt;
 - De verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt in geval dat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- 3.1.12.** De zorgverzekeraar stelt de verzekeringsnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van artikel 3.1.11., onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte onder vermelding van de reden daarvan en van de datum waarop de verzekering eindigt.
- 3.1.13.** De verzekeringsnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde, die op grond van artikel 3.1.11. onderdeel b of c tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien de verzekerde het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd mededeelt en de zorgverzekeraar kosten van zorg betaalt aan een zorgaanbieder, zal de zorgverzekeraar deze kosten bij de verzekeringsnemer (terug)vorderen. Indien de zorgverzekeraar op grond van dit artikel bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt of is geëindigd, onverwijld aan de verzekeringsnemer mede.
- 3.1.14.** In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringsnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in artikel 3.1.13. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 3.1.15.** De verzekeringsnemer kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde vanwege het einde van een dienstverband niet langer deelnemer is van het collectief contract en hij vanwege een nieuw dienstverband deelnemer wordt van een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar.
- 3.1.16.** De verzekeringsnemer kan de verzekering ingevolge artikel 3.1.15. opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan.
- 3.1.17.** De in artikel 3.1.15. en artikel 3.1.16. bedoelde opzegging gaat in op de dag dat verzekerde niet langer deelnemer is van het collectieve contract.
- 3.1.18.** De verzekeringsnemer kan voor elk van haar verzekerden de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag, waarop door de verzekeringsnemer is opgezegd, tenzij de opzegging heeft plaatsgevonden voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering.
- 3.1.19.** In afwijking van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek geldt het volgende:
- Indien de verzekeraar de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringsnemer wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging is meegedeeld;
 - Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringsnemer is meegedeeld;
 - De verzekeringsnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde zorg ten nadele van de verzekeringsnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw gestelde regels;
 - De verzekeringsnemer kan de modelovereenkomst beëindigen zoals vastgelegd in de tussen de verzekeringsnemer en de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop door de verzekeringsnemer is opgezegd.
- 3.1.20.** De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in artikel 3.1.15. t/m artikel 3.1.19. gelden niet, nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer en/of de verzekerde heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de zorgverzekeraar:
- De dekking van de zorgverzekering heeft geschorst (zie artikel 3.3.8.), of;
 - Binnen twee weken aan de verzekeringsnemer en/of de verzekerde te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

- 3.1.21.** Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaanmaking of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht.
- 3.1.22.** Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens het bepaalde in artikel 3.1.23. en artikel 3.3.8..
- 3.1.23.** Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde is gehandeld met het opzet om de zorgverzekeraar te misleiden. Indien de zorgverzekeraar ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben afgesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na de ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.
- 3.1.24.** De zorgverzekeraar heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering door de zorgverzekeraar of de verzekeringsnemer volgens de artikel 3.1.23. en artikel 3.3.8. is opgezegd.
- 3.1.25.** Indien ten behoeve van één of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsplicht hadden, wordt de verzekeringsovereenkomst geacht nooit te hebben bestaan. De verzekerde is gehouden alle gedurende de periode van onterechte verzekering vergoede kosten terug te betalen. De zorgverzekeraar kan deze vordering desgewenst verrekenen met andere uitkeringen aan de verzekerde.
- 3.1.26** Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft de verzekeringsnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringsnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.
- 3.1.27.** Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zvw de zorgverzekering namens de verzekerde heeft gesloten, dan geldt het volgende:
- a. De verzekerde kan de zorgverzekering vernietigen als de verzekerde de zorgverzekeraar en het CAK binnen twee weken aantoonde dat de verzekerde al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van twee weken gaat in op de datum waarop het CAK de verzekerde heeft geïnformeerd dat het CAK de zorgverzekering namens de verzekerde heeft gesloten;
 - b. De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat de verzekerde niet verzekeringsplichtig is;
 - c. De verzekerde kan deze zorgverzekering gedurende de eerste twaalf maanden niet opzeggen.

3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties

- 3.2.1.** Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan zorg zoals vermeld in artikel 4 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2.2.** De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht, die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op deze zorg of overige diensten, alsmede recht op zorgadvies en bemiddeling.
- 3.2.3.** In het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering worden de inhoud en omvang van de in artikel 3.2.1. bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij dat besluit/die regeling aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald, dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
- 3.2.4.** Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd tot een bedrag dan wel een percentage als genoemd in artikel 3.6.3..

3.3. De premiegrondslag

- 3.3.1.** Krachtens de Zvw is de verzekeringnemer premie verschuldigd voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 3.3.2.** De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen, die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, bij vooruitbetaling te voldoen. Een en ander zoals vastgelegd tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar. De toestemming van de verzekeringnemer voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan de verzekerde of verzekeringnemer uitbetaalde vergoedingen. De machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraar informeert tenminste drie dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven € 220 stuurt de verzekeraar de verzekeringnemer een zorgkostenfactuur. De verzekeringnemer draagt zorg voor betaling van de zorgkostenfactuur.
- 3.3.3.** Voor een verzekerde, die de leeftijd van 18 jaar bereikt, is premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden.
- 3.3.4.** De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 3.5.3. of een in het collectieve contract overeengekomen collectiviteitskorting geldt of zal gelden. De grondslag van de premie, en de eventueel van toepassing zijnde kortingen voor het gekozen vrijwillig eigen risico zijn opgenomen in de premiebijlage.
- 3.3.5.** In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 3.3.6.** Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag, waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.
- 3.3.7.** Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- 3.3.8.** Schorsing:
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen, die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.
De zorgverzekeraar kan opeisbare premie en kosten verrekenen met schadekosten die door verzekerde bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd dan wel met andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.
De zorgverzekeraar brengt de volgende kosten in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.3.9.** Als de verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer uiterlijk tien werkdagen nadat de zorgverzekeraar deze betalingsachterstand heeft vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:
- Machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie; of
 - Opdracht aan werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens de verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen;
 - Afspraken over de wijze waarop de verzekeringnemer schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan de zorgverzekeraar betaalt en binnen welke termijnen;
 - Toezegging van de zorgverzekeraar dat de zorgverzekeraar de zorgverzekering niet beëindigt, schorst of opschort zolang de verzekeringnemer de machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a. niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

De zorgverzekeraar geeft de verzekeringnemer vier weken de tijd om het aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over de gevolgen als deze het aanbod van de zorgverzekeraar niet accepteert en de achterstand oploopt tot zes of meer maandpremies; zie artikel 3.3.11..

Het kan ook zijn dat de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd voor een zorgverzekering bij de zorgverzekeraar. In dat geval neemt de zorgverzekeraar in het aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

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

De zorgverzekeraar stuurt deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan de verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.3.10.** a. Als de verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van vier maandpremies, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer mee dat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer bij het CAK zal aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.3.11. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zal de zorgverzekeraar deze verzekerde informeren.
- b. De verzekeringnemer of de verzekerde kan uiterlijk binnen vier weken de zorgverzekeraar laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als de zorgverzekeraar de betwisting tijdig heeft ontvangen, zal de zorgverzekeraar een onderzoek instellen. Als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer mededeelt dat de zorgverzekeraar zijn standpunt handhaaft, kan de verzekeringnemer binnen vier weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.3.9. ingaat nadat er een betalingsachterstand van vier maandpremies is ontstaan stuurt de zorgverzekeraar geen mededeling zoals vermeld onder a. zolang de verzekeringnemer de nieuwe premies voldoet.

- 3.3.11.** Als de verzekeringnemer een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies heeft, meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer aan bij het CAK. Na de aanmeldingsbevestiging van het CAK, is de verzekeringnemer verplicht een bestuursrechtelijke premie van minimaal 110% en maximaal 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CAK te betalen. Het CAK int deze premie totdat de verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten heeft betaald. De zorgverzekeraar meldt de verzekeringnemer niet aan bij het CAK als:
- a. De verzekeringnemer de premieachterstand tijdig betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer heeft meegedeeld;
- b. De verzekeringnemer binnen 4 weken nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft meegedeeld zijn standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CAK, het geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. De verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonde dat de verzekeringnemer een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden heeft gesloten.
- Onderdeel van de melding bij het CAK vormt de verklaring van de zorgverzekeraar dat artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zvw in acht zijn genomen.

- 3.3.12.** De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer en het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- a. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
- b. De rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing heeft verklaard;
- c. De verzekeringnemer gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin de zorgverzekeraar deelneemt, of wanneer de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, waarbij de schuldenlast volledig wordt afbetaald.

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

- 3.3.13.** De verzekeringnemer is geen premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e, Zvw.

3.4. Verplicht eigen risico

- 3.4.1.** Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 385 van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- 3.4.2.** Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt wordt het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, het vrijwillig eigen risico pro rato vastgesteld. Indien een verzekerde in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt dan pro rata vastgesteld.
- 3.4.3.** Indien artikel 3.4.2. van toepassing is, wordt het verplicht eigen risico berekend door van het ingevolge artikel 3.4.1. bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde 18 jaar werd.
- 3.4.4.** Het verplichte eigen risico is niet van toepassing op:
- Huisartsenzorg, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 - De kosten van verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog en kraamzorg. Er geldt eveneens geen eigen risico voor prenatale screening, maar wel voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Het eigen risico geldt ook voor kosten van zorg die onder andere zorgvormen vallen, zoals de kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoek of ziekenvervoer;
 - De door de zorgverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddelen, zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. De dienstverlening van de apotheek, zoals de terhandstellingskosten zijn niet vrijgesteld van het eigen risico;
 - De door de zorgverzekeraar geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door de zorgverzekeraar geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. De verzekerde vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. De dienstverlening van de apotheek, zoals de terhandstellingskosten, is niet vrijgesteld van het eigen risico;
 - De door de zorgverzekeraar als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen, zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;
 - Hulpmiddelen in bruikleen;
 - Nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 4.6.1. sub d. Transplantaties is verstreken;
 - Zorgprogramma's (ketenzorg) zoals omschreven in artikel 4.1.3. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek;
 - Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 4.2.;
 - Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 4.6.1. sub d. Transplantaties;
 - Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.
- 3.4.5.** Voor de vaststelling van het verplichte eigen risico wordt de dbc toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 3.4.6.** De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij de verzekerde geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico is verschuldigd. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. Het Overzicht is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd.

3.5. Vrijwillig gekozen eigen risico

- 3.5.1.** Op de zorgpolis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0 tenzij een hoger vrijwillig gekozen eigen risico is overeengekomen. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt vermeld op de zorgpolis en wordt alsdan in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak wordt gemaakt. In die gevallen waarin een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

- 3.5.2.** Het vrijwillig gekozen eigen risico is niet van toepassing op de zorgvormen zoals vermeld in artikel 3.4.4..
- 3.5.3.** De verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de mogelijkheden zonder vrijwillig gekozen eigen risico of met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100, € 300 of € 500. Indien de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 300 of € 500, geldt een premiekorting op de premiegrondslag. Zie artikel 3.3.4. en de premiebijlage behorende bij deze verzekeringsvoorwaarden.
- 3.5.4.** Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk, waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen en waarvan de noemer gelijk is aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 3.5.5.** Indien de zorgverzekeraar één of meer van de aangeboden vrijwillig gekozen eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekerde die een zorgverzekering met een dergelijk vrijwillig gekozen eigen risico heeft afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen tussen een lager of geen vrijwillig gekozen eigen risico.
- 3.5.6.** In afwijking van hetgeen is beschreven in artikel 3.5.4. wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt, als volgt berekend:
- Het bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico, dat in het desbetreffende kalenderjaar gold of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen, waarvoor dat vrijwillig gekozen eigen risico gold of zal gelden;
 - De op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - De uitkomst van b. wordt afgerond in hele euro's.
- 3.5.7.** Met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kan worden gekozen voor een wijziging in de hoogte van het vrijwillig gekozen eigen risico, mits de zorgverzekeraar hiertoe uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar van de verzekerde of verzekeringsnemer een schriftelijk verzoek heeft ontvangen.
- 3.5.8.** De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig gekozen eigen risico, voor zover deze kosten het voor de verzekerde voor dat kalenderjaar verplichte eigen risico hebben overschreden.
- 3.5.9.** Indien de zorgverzekeraar de kosten van verleende zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, zal het openstaande eigen risico zo nodig worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.
- 3.5.10.** Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de dbc toegerekend aan het kalenderjaar, waarin deze wordt geopend.

3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen

- 3.6.1.** De verzekerde heeft aanspraak op de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 4 van deze modelovereenkomst, alsmede recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.
- 3.6.2.** Indien bij Besluit zorgverzekering op grond van artikel 13 van de Zvw bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, is er alleen aanspraak op 100% vergoeding van deze zorg, indien met de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de zorgaanbieder bij hem in dienst is. Vergoeding van de kosten van de zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het Wmg-tarief, indien op grond van de Wmg geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien er geen Wmg-tarief van toepassing is dat maximaal in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.
- 3.6.3.** De verzekerde dient een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst te betrekken bij een zorgaanbieder, met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of

kan telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd. Indien de verzekerde deze zorg of andere dienst niettemin betreft bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de verzekerde recht op een gemaximeerde vergoeding van de kosten als de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die in het zorgartikel en de begripsomschrijvingen zijn opgenomen. De kosten van zorg worden vergoed tot maximaal 90% van de gemiddeld door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieders overeengekomen tarieven. Als er voor de desbetreffende vormen van zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerd tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dit geval worden de kosten vergoed tot maximaal 90% van het Wmg-tarief. Het per zorg of dienst geldende bedrag is vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Zorgzaam. Deze lijst kan worden geraadpleegd via www.zorgzaam.nl en wordt op verzoek aan de verzekerde toegezonden en gegevens uit de Lijst kunnen telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding. In afwijking van het voorgaande worden de kosten van:

- Huisartsenzorg door een huisarts als omschreven in artikel 4.1.1. volledig vergoed tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven;
- Gespecialiseerde GGZ als omschreven in artikel 4.20. vergoed tot maximaal 75% van de gemiddeld door de zorgverzekeraar met de betreffende zorgaanbieders overeengekomen tarieven als de verzekerde de zorg betreft bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

- 3.6.4.** In geval van acute zorg, dan wel dat de verzekerde zorgsoort niet tijdig beschikbaar is, dan wel na vooraf verkregen schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, is het gestelde in artikel 3.6.3. niet van toepassing.
- 3.6.5.** In het geval er sprake is van acute zorg wordt de toestemming tot het invoeren van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.
- 3.6.6.** Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan, dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of dat de zorg in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze wordt geboden.
- 3.6.7.** Bij het vaststellen en uitvoeren van het beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip, waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch-inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 3.6.8.** Indien de zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, kan verzekerde een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar.
- 3.6.9.** Zorgaanbieders, die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders, indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.
- 3.6.10.** Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling plaats tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.
- 3.6.11.** De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst zijn aangevangen.
- 3.6.12.** Indien en voor zover de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van zorg of een andere dienst betaalt dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso aan de zorgverzekeraar te hebben verleend op naam van de zorgverzekeraar van het door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder teveel betaalde bedrag.
- 3.6.13.** Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.

- 3.6.14.** De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Als de verzekerde een nota heeft ontvangen, kan deze bij de verzekeraar worden ingediend. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking. De nota's moeten door de zorgaanbieder zijn voorzien van de naam, adres, geboortedatum en Burger-service nummer van de verzekerde, de soort behandeling, de datum van behandeling, het bedrag per behandeling alsmede een bankrekeningnummer van de zorgaanbieder.
- 3.6.15.** Voor een juiste en snelle afhandeling van de nota's dient het daarvoor bestemde declaratieformulier te worden gebruikt.
- 3.6.16.** De zorgverzekeraar streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota te vergoeden.
- 3.6.17.** De verzekerde is verplicht iedere wijziging, die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de zorgverzekeraar te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekerde, gericht aan het laatst bekende adres worden geacht de verzekerde te hebben bereikt. Via 'MijnZorgzaam' kan de verzekerde alle zorgzaken digitaal regelen.
- 3.6.18.** Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.
- 3.6.19.** De verzekeringsnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan de zorgverzekeraar mee te delen wie de nieuwe zorgverzekeraar is.
- 3.6.20.** Indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, kan de verzekerde binnen 30 dagen na de dag van het bereiken van de meerderjarige leeftijd kiezen voor een ander vrijwillig eigen risico. Deze verzekerde dient zijn keuze schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar te maken binnen de daartoe gestelde termijn. Indien er geen bericht is ontvangen, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder een vrijwillig eigen risico.
- 3.6.21.** Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar.
- 3.6.22.** Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.
- 3.6.23.** De verzekerde mag geen enkele regeling treffen met een derde zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De verzekerde moet zich onthouden van handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad.
- 3.6.24.** In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene, die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.
- 3.6.25.** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in artikel 3.6.20. tot en met artikel 3.6.24. is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade, die de zorgverzekeraar daardoor lijdt.
- 3.6.26.** De verzekerde is verplicht:
- Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een Nederlands rijbewijs, een Nederlands paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar daarom vraagt;
 - Aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen, die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - Binnen een redelijke termijn aan de zorgverzekeraar te melden dat verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepalingen inzake opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;

- e. In voorkomende gevallen de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn, dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden, binnen 36 maanden na het begin van de behandeling bij de zorgverzekeraar in te dienen;
 - f. Bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is of is geweest;
 - g. Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat (voorafgaande) toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, dan dienen deze behandelingen vooraf bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd en goedgekeurd.
- Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

- 3.6.27.** De zorgverzekeraar is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Zorgzaam en andere onderliggende reglementen.
- 3.6.28.** Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- 3.6.29.** Indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de modelovereenkomst ten nadele van de verzekeringsnemer wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging haar is medegedeeld.
- 3.6.30.** Heeft de zorgverzekeraar binnen een maand na de tussen de zorgverzekeraar en verzekeringsnemer of verzekerde overeengekomen datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer of verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op basis van de nieuwe voorwaarden.
- 3.6.31.** Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering is gehouden, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde te hebben verleend.

Artikel 4. Geneeskundige zorg

4.1. Huisartsenzorg

- 4.1.1.** Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De aanspraak op huisartsenzorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. Onder geneeskundige zorg wordt in dit verband ook verstaan preconceptiezorg (kinderwensconsult), begeleiding bij stoppen met roken en voetzorg bij diabetes mellitus type 1 of 2 zoals omschreven in artikel 4.1.2..

De aanspraak op huisartsenzorg omvat tevens:

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

Deze vormen van huisartsenzorg mag de huisarts alleen in rekening brengen als hiervoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar is.

Ook verleent de huisarts 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 en verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. De verzekerde van 21 jaar of ouder heeft geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie;
- Medisch noodzakelijke circumcisie;
- Therapeutische injecties (Cyriax).

Huisartsenzorg dient te worden verleend door een huisarts. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner GGZ. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag de verzekerde ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. De verloskundige kan de verzekerde hierover informeren.

4.1.2. Aanspraak bestaat bij diabetes mellitus type 1 of 2 op de volgende voetzorg:

- Jaarlijkse voetscreening die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van het zorgprofiel;
- Vanaf zorgprofiel 1: jaarlijks gericht voetonderzoek en advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- Vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

De verzekerde heeft geen recht op voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met Diabetes Mellitus. De verzekerde kan de Zorgmodule vinden op de website van Zorgzaam. De huisarts kan de verzekerde vertellen welk zorgprofiel hij/zij heeft.

De voetzorg mag worden verleend door een podotherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling mag worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, indien deze samenwerkt met de podotherapeut.

4.1.3. Aanspraak bestaat op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. Diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
2. Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem);
3. Vasculair risicomangement (VRM; dit is het managen van (risico's op) hart- en vaatziekten), of;
4. Astma voor verzekerden van 16 jaar of ouder.

Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes Mellitus, COPD, VRM of Astma. De zorgstandaarden kan de verzekerde vinden op www.zorgzaam.nl of telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar opvragen.

Zorgprogramma's worden bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Zorgprogramma's dienen te worden aangeboden door een zorggroep, die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Een overzicht van de gecontracteerde zorggroepen kan de verzekerde vinden op de website of telefonisch (072) 527 76 77 bij de zorgverzekeraar opvragen. De verzekerde kan ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep de verzekerde terecht kan. Indien de verzekerde naar een zorggroep gaat die voor de desbetreffende zorg geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, dan heeft de verzekerde geen recht op vergoeding van de kosten. Als de verzekerde geen gebruik maakt van een zorgprogramma of in zijn regio geen gebruik kan maken van een zorgprogramma, dan heeft de verzekerde recht op zorg verleend door de individuele zorgaanbieders op grond van de desbetreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 4.1.1.) en diëtetiek (artikel 4.14.5.).

4.2. Verpleging en verzorging

Aanspraak op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4. Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- Sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Verpleging en verzorging wordt verleend door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

De verzekerde heeft alleen recht op deze zorg als hij een indicatie heeft voor verpleging en verzorging en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met de verzekerde een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die de verzekerde nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van:

- Huisarts of een medisch-specialist voor palliatief terminale zorg;
- Kinderarts voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (intensieve kindzorg);
- Medisch-specialist voor medische-specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist.

Persoonsgebonden budget

De verzekerde kan voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Hiervoor is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De verzekerde vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden hij in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging staat op de website van de zorgverzekeraar, www.zorgzaam.nl/helpdesk.

4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg

4.3.1. Aanspraak bestaat op verloskundige zorg zoals verloskundigen, die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden, die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts die is bijgeschoold en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

Verloskundige zorg omvat tevens:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult);
- Counseling;
- Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) oftewel tweede trimester echo;
- De combinatietest (nekplooiemeting en serumtest), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek voor verzekerden met een medische indicatie met dien verstande dat:
 - Ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - Ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking.

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatietest dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionale Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kan de verzekerde terecht in een universitair centrum en voor invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

Verloskundige zorg en kraamzorg dienen plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in een ziekenhuis of in een geboortecentrum. Verblijfskosten worden alleen vergoed als de verzekerde bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

4.3.1.1. Bevalling en/of kraamzorg in een geboortecentrum of een ziekenhuis met medische noodzaak.

Indien en voor zover verblijf in een geboortecentrum of een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 4.2., al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

4.3.1.2. Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een geboortecentrum.

Indien de bevalling zonder medische noodzaak en/of de kraamzorg in een geboortecentrum of ziekenhuis plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige hulp en kraamzorg.

Eigen bijdrage

- De eigen bijdrage voor kraamzorg bij een bevalling zonder medische noodzaak in een geboortecentrum of ziekenhuis bedraagt voor zowel moeder als kind € 17 per dag. In totaal bedraagt de eigen bijdrage dus € 34 per opnamedag. Naast de eigen bijdrage, moet de verzekerde voor de verblijfskosten het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum en de maximale vergoeding van € 121 per dag voor zowel moeder als kind. Dit betekent dat voor moeder en kind recht bestaat op een vergoeding van maximaal € 208 per dag (€ 242 minus € 34 per dag). Een deel van de kosten komt voor rekening van de verzekerde.
- De eigen bijdrage voor kraamzorg in een geboortecentrum na de bevalling bedraagt € 4,30 per uur.

In de brochure Bevalling en Kraamzorg staat welk bedrag er precies wordt vergoed.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van de opgave door het ziekenhuis, het geboortecentrum, dan wel door de kraamzorgorganisatie die betrokken zijn bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

4.3.1.3. Kraamzorg thuis na bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis.

Indien na de bevalling in een geboortecentrum of een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in artikel 4.3.1.4. sub c., met dien verstande, dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis of geboortecentrum heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis of het geboortecentrum doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in artikel 4.3.1.4. sub c. genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

4.3.1.4. Bevalling en kraamzorg thuis

Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op:

- a. Verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. De inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. Kraamzorg, verleend door een kraamverzorgende of een verpleegkundige van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld door de verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent.

Eigen bijdrage

Voor kraamzorg thuis (inclusief partusassistentie) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

- 4.3.2. De verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt het recht op het aantal uren kraamzorg op basis van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het LIP kan worden opgevraagd bij de kraamzorgorganisatie en is te raadplegen via www.zorgzaam.nl.
- 4.3.3. Kraamzorg moet voor de 5e zwangerschapsmaand worden aangevraagd via Univé Kraamzorg (telefoonnummer: 0800-899 80 99, gratis) om zeker te zijn dat de aanvraag op tijd wordt verwerkt.

4.4. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)

- 4.4.1. Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- Second opinion door een medisch-specialist. Er is sprake van een second opinion indien aan de volgende voorwaarden is voldaan: er is een verwijzing van de behandelend huisarts of medisch-specialist voor een second opinion. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, deze houdt de regie over de behandeling;
- Begeleiding bij het stoppen met roken. (eenmalige korte stopadviezen);
- Medisch noodzakelijke circumcisie.

Medisch-specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor kan worden gevonden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, indien de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)" of indien de verzekerde deelneemt aan observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld;
- d. Tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantaties bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover de verzekerde deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover de verzekerde deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld, die zijn vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015;
- h. Tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld. Van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek wordt verstaan:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien de verzekerde:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. Niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. Heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor de verzekerde is voltooid.

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 per 1 januari 2017 voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Het meest actuele overzicht is opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 worden opgevraagd.

De zorg wordt verleend door een medisch-specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de desbetreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op:

De zorgverzekeraar heeft op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat de zorgverzekeraar bepaalde medisch-specialistische zorg alleen inkoop bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kan de verzekerde vinden op de website of telefonisch (072) 527 76 77 opvragen bij de zorgverzekeraar opvragen.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch-specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Er is voor een aantal medisch-specialistische behandelingen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze Lijst is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 worden opgevraagd.

4.4.2. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat indien die strekt tot:

- Correctie van afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- Correctie van verminkingen, die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- Correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslaptte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:
 - De verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;
 - Het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;
- Correctie van aangeboren misvormingen in verband met: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst), en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Meer informatie kan de verzekerde vinden in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg-) verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. De verzekerde kan deze werkwijzer op de website vinden.

Toestemming

Er is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag moet de verzekerde een toelichting van de behandelend medisch-specialist meesturen.

4.4.3. In-vitrofertilisatie (IVF)

Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4.4. (Medisch-specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als de verzekerde 42 jaar of jonger is. Een verzekerde bij wie een in-vitrofertilisatiepoging is aangevangen, heeft recht op afronding van die poging na de 43ste verjaardag voor rekening van de zorgverzekering. De verzekerde jonger dan 38 jaar heeft alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er één embryo per keer wordt teruggeplaatst. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan 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 doorgaande zwangerschap kan ook spontaan ontstaan en hiervoor geldt een termijn van 12 weken, gerekend na de eerste dag van de laatste menstruatie. Indien opnieuw een kindereens bestaat en er sprake is van subfertiliteit, ontstaat opnieuw recht op drie IVF-pogingen.

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

- De geneesmiddelen zijn toegediend (fase a), en/of;
- Een follikelpunctie heeft plaatsgevonden in de natuurlijke cyclus (fase b).

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds 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, heeft de verzekerde recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 4.4.4. (Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen).

De zorg wordt verleend door een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een gynaecoloog of uroloog.

4.4.4. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4.4. (Medisch-specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Als de vrouwelijke verzekerde 43 jaar of ouder is, bestaat geen aanspraak op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

De zorg wordt verleend door een gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts of medisch-specialist.

4.4.5. Uitgesloten behandelingen medisch-specialistische zorg

1. Geen aanspraak bestaat op de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
2. Geen aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van):
 - Behandeling van verlamde of verslapt bovenoogleden anders dan genoemd in artikel 4.2.2.;
 - Liposuctie van de buik;
 - Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - Behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw) dan wel op het ongedaan maken daarvan;
 - Behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis) zonder medische noodzaak;
 - Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw 43 jaar of ouder is tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat de verzekerde de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
 - Behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

4.5. Revalidatie

4.5.1. Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4.4. omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend indien en voor zover:

- De zorg wordt verleend door een aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, en;
- Deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap, die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap, die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- De verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie bij langdurige onduidelijke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. De quickscan moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd;
- Oncologische revalidatie die is gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie, die onderdeel uitmaken van de oncologische zorg. Bij oncologische revalidatie gaat het om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, het herstel, de conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie richt zich op alle fasen, waarin de verzekerde zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

4.5.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van twee of meer ziekten) en afgenomen leervermogen en de verminderde trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. De verzekerde heeft recht op maximaal 6 maanden geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kan de verzekeraar een langere periode toestaan.

De verzekerde heeft alleen recht op deze zorg als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 4.21, Verblijf in een instelling), waarbij dat verblijf niet is vooraf gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg;
2. De verzekerde een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en de verzekerde voorafgaand medisch-specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische

revalidatie moet binnen een week aansluiten op het verrichten van het geriatrische assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

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

Geriatrische revalidatie wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

4.6. Transplantaties

4.6.1. Aanspraak bestaat op transplantatie van weefsels en organen door een medisch-specialist in een ziekenhuis, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of een EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft de verzekerde alleen recht op deze zorg als de donor de echtgenoot, geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

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

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

Transplantaties worden verricht door een medisch-specialist.

4.7. Dialyse

4.7.1. Aanspraak bestaat op dialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de verzekerde.

Dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist in een dialysecentrum, een ziekenhuis of bij de verzekerde thuis. Voor meer informatie over thuisdialyse kan de verzekerde www.zorgzaam.nl raadplegen.

4.8. Mechanische beademing

4.8.1. Aanspraak bestaat op voor de verzekerde noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat aanspraak op:

- a. Het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. De met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

4.9. Oncologische aandoeningen bij kinderen

- 4.9.1. Aanspraak bestaat op centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

4.10. Trombosedienst

- 4.10.1. Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- a. Het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. Het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van de verzekerde;
- c. Het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee de stollingstijd van het bloed wordt gemeten;
- d. Het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c., in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. Het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

4.11. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

- 4.11.1. Aanspraak bestaat op centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2. van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis. De zorg omvat het 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. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken omvatten bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts of medisch-specialist.

4.12. Audiologische zorg

- 4.12.1. Aanspraak bestaat op zorg verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder de verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. De aanspraak omvat:
- Onderzoek naar de gehoorfunctie;
 - Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
 - Voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
 - Psychosociale zorg, indien 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. Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 4.13., Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, audicien, bedrijfsarts of medisch-specialist.

4.13. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

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

De zorg wordt verleend door 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.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een 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.

4.14. Paramedische zorg

4.14.1. Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

4.14.2. Aanspraak bestaat op fysiotherapie of oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. De behandeling wordt verleend door een fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut, die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici. Voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson zijn alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) voor de behandeling van etalagebenen zijn alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ClaudicatioNet.

De behandeling vindt plaats in zijn praktijkruimte, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als de behandelend zorgaanbieder van de verzekerde het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook ten huize van de verzekerde worden verleend.

Fysiotherapie, oefentherapie en bekkentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder:

- Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat niet de eerste twintig behandelingen. Bijlage 1 is te raadplegen op www.zorgzaam.nl en op aanvraag verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam bij de zorgverzekeraar;
- Fysiotherapie omvat tevens de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Deze zorg omvat ten hoogste 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

- Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat recht op de behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS en staan op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). De verzekerde dient er rekening mee te houden dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen volgens deze lijst is beperkt.
- Indien de aandoening niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat, bestaat voor verzekerden jonger dan 18 jaar fysiotherapie en oefentherapie uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.

Toestemming

Er is alleen voorafgaande toestemming nodig als de verzekerde wordt behandeld voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). De verzekerde heeft een verklaring nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist waaruit blijkt dat hij behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst.

4.14.3. Ergotherapie

Aanspraak bestaat op ergotherapie zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar. De behandeling wordt verleend door een ergotherapeut. De verzekeraar heeft voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. De behandeling vindt plaats in de praktijkruimte van de zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als de behandelend zorgaanbieder van de verzekerde het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook ten huize van de verzekerde worden verleend.

4.14.4. Logopedie

Aanspraak bestaat op logopedie zoals logopedisten die plegen te bieden. Deze zorg heeft een geneeskundig doel en van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht. De behandeling wordt verleend door 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-ouderprogramma;
- Integrale zorg stotteren;
- Preverbale logopedie (eten en drinken);
- Stotteren.

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

De verzekeraar heeft voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

De behandeling vindt plaats in de praktijkruimte van de zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als de behandelend zorgaanbieder van de verzekerde het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook ten huize van de verzekerde worden verleend.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid, dyslexie, spreken in het openbaar of voordrachtskunst.

4.14.5. Diëtetiek

Aanspraak op diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal drie behandeluren per kalenderjaar. Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door diëettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten. De zorg wordt verleend door een diëtist.

4.15. Mondzorg

4.15.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Aanspraak bestaat op mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is:

- a. Indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. Indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
- c. Indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat is tevens onder de zorg onder a., begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- stoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen dient te worden verleend door een tandarts, een bevoegd mondzorg- aanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwer- king met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

Orthodontische zorg in bijzondere gevallen dient te worden verleend door een bevoegd mondzorgaanbieder werk- zaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

De mondzorg dient te worden verleend in een tandartspraktijk, ziekenhuis of centrum voor bijzondere tandheel- kunde. Een behandeling onder(lachgas)sedatie of volledige anesthesie mag alleen worden verleend in een zieken- huis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Verwijzing/toestemming

Er is een verwijzing noodzakelijk van een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. Er is voorafgaande toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

Eigen bijdrage

De verzekerde van 18 jaar en ouder is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als het gaat om mondzorg, 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.

4.15.2. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Mondzorg omvat voor verzekerden tot 18 jaar in andere gevallen dan in artikel 4.15.1. sub a. tot en met c.:

- a. Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. Incidenteel tandheelkundig consult;
- c. Het verwijderen van tandsteen;
- d. Fluoride-applicatie maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. Sealing;
- f. Parodontale hulp;
- g. Anesthesie;
- h. Endodontische hulp;
- i. Restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. Gnathologische hulp;
- k. Uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 23 jaar tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbre- kende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastge- steld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Mondzorg dient te worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Toestemming

De verzekerde heeft toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals hiervoor omschreven voor verzekerden jonger dan 23 jaar.

4.15.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Aanspraak bestaat op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgen-onderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. Er is geen aanspraak op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties.

Mondzorg dient te worden verleend door een kaakchirurg.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch-specialist of kaakchirurg.

4.15.4. Gebitsprothese voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

Er bestaat eveneens aanspraak op reparatie en rebasen van deze gebitsprothese.

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

Eigen bijdrage

De verzekerde is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese;
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van een gebitsprothese.

Toestemming

1. Er is voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
 - b. als de gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen;
2. Er is voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig voor:
 - a. een gebitsprothese op implantaten;
 - b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
 - c. een steg of drukknopen (mesostructuur).

4.16. Farmaceutische zorg

4.16.1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. De door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. Een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover: behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet is verantwoord;
- c. Andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, sub b., van het Besluit zorgverzekering;
- d. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat ook:

- De terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor de verzekerde nieuw geneesmiddel;
- Instructie over een hulpmiddel, dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

4.16.2. De genoemde aanspraak bestaat op het ter hand stellen van die geneesmiddelen, die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en die als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig, dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aangewezen geneesmiddelen (preferente geneesmiddelen) zijn terug te vinden in het Reglement farmaceutische zorg. Als de zorgverzekeraar voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen heeft aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, heeft de verzekerde aanspraak op de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen. Maakt de verzekerde toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen indien de arts aangeeft dat behandeling met het aangewezen middel medisch niet verantwoord is voor de verzekerde, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

De verzekerde heeft recht op zelfzorgmiddelen bij gebruik langer dan zes maanden. In dat geval is er aanspraak op laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor rekening van de verzekerde.

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

De verzekerde heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- Apotheekbereidingen;
- Geneesmiddelen die de arts speciaal voor de verzekerde bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen die niet in Nederland op de markt zijn, maar op verzoek van de behandelend arts zijn ingevoerd. De verzekerde heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als hij een zeldzame aandoening heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

De geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor een geneesmiddel in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel, waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in mindering.

Voorschrift/toestemming

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch-specialist of kaakchirurg. Daar waar het in het Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

4.16.3. Farmaceutische zorg omvat geen:

- Farmaceutische zorg zoals in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- Farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- Advies farmaceutische zelfzorg;
- Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis;
- Advies ziekterisico bij reizen;
- Preventieve reispergeneesmiddelen en reisivaccinaties;
- Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet door de Minister aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, sub b., van de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, sub e., van de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap als de verzekerde 21 jaar of ouder is, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie.

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.

Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, die zijn opgenomen in de G-standaard van de firma Z-Index, worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

4.16.4. Dieetpreparaten

Aanspraak op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat uitsluitend voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- 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 is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

De verzekeraar kan voor enkele groepen drinkvoeding waarop de verzekerde recht heeft op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is een voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of merk). De door de verzekeraar geselecteerde drinkvoeding is terug te vinden in het Reglement farmaceutische zorg. De verzekeraar kan de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. De verzekerde ontvangt hierover informatie. Gebruikt de verzekerde de door de zorgverzekeraar geselecteerde voorkeursdrinkvoeding, dan geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico niet. De verzekerde kan ook kiezen voor andere drinkvoeding. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kan de verzekerde alleen terecht bij Mediq Tefa, MediReva, Sorgente en Medizorg/Eurocept. Sondevoeding betrokken bij een andere (zorg)aanbieder dan Mediq Tefa, MediReva, Sorgente en Medizorg/Eurocept, zijn uitgesloten van vergoeding. Dieetproducten zijn ook uitgesloten van vergoeding.

Toestemming

De verzekerde heeft vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan de behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van de website downloaden en invullen.

4.17. Hulpmiddelenzorg

- 4.17.1. Aanspraak bestaat op functionerende medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het hulpmiddel mag leveren en of het hulpmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. De genoemde gebruikstermijn van het desbetreffende hulpmiddel en de maximum te leveren aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is kan hiervan worden afgeweken. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Indien de verzekerde een hulpmiddel wil dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar dit hulpmiddel is niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen, dan kan de verzekerde een aanvraag bij de zorgverzekeraar indienen. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via www.zorgzaam.nl en wordt desgevraagd toegezonden.

Voorschrift/toestemming

Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen, is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het desbetreffende hulpmiddel of verbandmiddel voorafgaande toestemming vereist en/of een voorschrift noodzakelijk.

- 4.17.2. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

- 4.17.3. De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn; een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

4.18. Ziekenvervoer

- 4.18.1. Onder ziekenvervoer wordt verstaan het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

4.18.2. Ambulancevervoer

Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Tijdelijke wet ambulancezorg of nader door de zorgverzekeraar aangewezen personen of partijen, doch uitsluitend indien sprake is van ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

- 4.18.3. Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk ambulancevervoer 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 de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
- c. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin hij geestelijke gezondheidszorg zal 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 sub b., 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 de woning van de verzekerde of een andere woning, als de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder a. tot en met d..

Voorschrift

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts of medisch-specialist, met uitzondering van ambulancevervoer in spoedgevallen.

4.18.4. Zittend ziekenvervoer

Aanspraak bestaat op vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 4.18.3., per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming door een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen vervoerder, op voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. De verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- b. De verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. De verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen, die ten laste van deze verzekering komt;
- d. Het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt, dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen, die ten laste van deze verzekering komt;
- e. De verzekerde jonger dan 18 jaar die is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10. van het Besluit zorgverzekering (intensieve kindzorg).

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Voorschrift/toestemming

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts of medisch-specialist. Voor zittend ziekenvervoer zoals vermeld onder e. (intensieve kindzorg) heeft de verzekerde een voorschrift van de kinderarts nodig.

Er is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk. De verzekerde kan deze toestemming met het formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Toestemming zittend ziekenvervoer kan ook telefonisch worden aangevraagd via de vervoersdesk (telefoonnummer: 088 - 131 16 00, gratis) voor:

- Nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie;
- Voor intensieve kindzorg zoals vermeld onder e. (intensieve kindzorg) van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf.

4.18.5. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule, indien hij in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Deze hardheidsclausule geldt per kalenderjaar. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld van een verklaring van de behandelend arts.

4.18.6. Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, ambulance of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

4.18.7. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

4.18.8. Eigen bijdrage

Voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 100 per kalenderjaar. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,28 per kilometer. De afstand wordt berekend via de ANWB-routeplanner volgens de snelste route. De heen- en terugreis worden apart berekend.

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

Aanspraak bestaat op generalistische basis GGZ zoals klinisch psychologen plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De verzekerde maakt samen met de regiebehandelaar een behandelplan waarin de verzekerde afsprekt welke zorg nodig is en hoe lang deze zorg gaat duren. De regiebehandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg de verzekerde recht heeft.

De behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandelingen die hieraan voldoen zijn opgenomen in het dynamisch overzicht GGZ. Dit overzicht is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 worden opgevraagd.

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat is geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar.

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

Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)

Bij het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) kunnen Nederlandse veteranen en dienstslachtoffers na dienstverlating terecht voor psychosociale-, psychische- en lichamelijke klachten. Het LZV is er ook voor partners en gezinnen van veteranen. De verzekerde vindt de gecontracteerde aangesloten instellingen op www.zorgzaam.nl/veteranenzorg.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of straatdokter. Indien de verzekerde GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en de verzekerde is 18 jaar geworden, dan heeft de verzekerde een nieuwe verwijzing nodig.

Uitgesloten behandelingen

De verzekerde heeft geen recht op:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen;
- Psychosociale hulp;
- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Het toeleiden naar zorg;
- Preventie en dienstverlening;
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- Intelligentieonderzoek.

4.20. Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

4.20.1. Niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling horende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van zeer complexe psychische aandoeningen. Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van de behandeling. De activiteiten moeten voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te realiseren. Ook moeten de activiteiten plaatsvinden onder aansturing van de regiebehandelaar. De regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. Hierbij valt te denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

De behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandelingen die hieraan voldoen zijn opgenomen in het dynamisch overzicht GGZ. Dit overzicht is te raadplegen via www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 worden opgevraagd.

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat is geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar.

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

Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)

Bij het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) kunnen Nederlandse veteranen en diensslachtoffers na dienstverlating terecht voor psychosociale-, psychische- en lichamelijke klachten. Het LZV is er ook voor partners en gezinnen van veteranen. De verzekerde vindt de gecontracteerde aangesloten instellingen op www.zorgzaam.nl/veteranenzorg.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of straatdokter. Indien de verzekerde GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en de verzekerde is 18 jaar geworden, dan heeft de verzekerde een nieuwe verwijzing nodig.

Toestemming

De verzekerde heeft vooraf toestemming nodig als sprake is van gespecialiseerde GGZ met verblijf. Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet de verzekerde opnieuw toestemming aanvragen. De verzekerde kan samen met zijn zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan zodat de verzekerde zeker weet dat de aanvraag op tijd wordt verwerkt. Het toestemmingsformulier is te vinden op www.zorgzaam.nl of kan telefonisch (072) 527 76 77 worden opgevraagd.

Uitgesloten behandelingen

De verzekerde heeft geen recht op:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen;
- Psychosociale hulp;
- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Het toeleiden naar zorg;
- Preventie en dienstverlening;
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

4.21. Verblijf in een instelling

Er is aanspraak op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch-specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

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

Het verblijf vindt plaats 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.

Voorschrift

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts, verloskundige, medisch-specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 4.15.3., Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

De verzekerde heeft vooraf toestemming nodig als dit in het desbetreffende zorgartikel is aangegeven.

Heeft de verzekerde op 31 december 2016 op grond van een indicatiebesluit van het CIZ recht op eerstelijnsverblijf als bedoeld in artikel 1.2, tweede lid, van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016? Dan heeft de verzekerde recht op voortzetting van de zorg bij dezelfde zorgaanbieder. De voortzetting van de zorg geldt vanaf de ingangsdatum van het indicatiebesluit voor een periode van:

- 3 jaar bij eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg;
- 3 maanden voor ander eerstelijnsverblijf.

Als de gezondheidssituatie wijzigt waardoor de zorgzwaarte wijzigt, dan heeft de verzekerde een voorschrift nodig zoals vermeld in dit artikel.

4.22. Buitenland

- 4.22.1.** De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4. van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Dit is eveneens van toepassing op een verzekerde, die met toestemming van de Minister van defensie verblijft bij de in het buitenland geplaatste militair of geplaatste burgerdefensiemedewerker.

- 4.22.2.** De verzekerde, die woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft:
- a. Aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag, of;
 - b. Aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder, die door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd, of;
 - c. Aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven, indien zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
- 4.22.3.** De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, conform het bepaalde dat elders in deze modelovereenkomst bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
- 4.22.4.** Hetgeen is beschreven in artikel 4.22.2. is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde, die in een ander EU-/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU-/EER-land of Verdragsland.
- 4.22.5.** In de gevallen bedoeld in artikel 4.22.1. tot en met artikel 4.22.4. vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in artikel 4.22.1. aangegeven vergoeding.
- 4.22.6.** Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland, bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Zorgzaam Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 (0)40 297 58 20. De Zorgzaam Alarmcentrale zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.
- 4.22.7.** De vergoeding van de aanspraak vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers op de dag, waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruikt de zorgverzekeraar de historical rates van www.XE.com.
- 4.22.8.** In overleg met de zorgverzekeraar of de Zorgzaam Alarmcentrale kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald. Verzekerden, die zijn geplaatst in een land waar een contactpersoon werkzaam is, zijn verplicht contact op te nemen met de contactpersonen van het Ministerie van Defensie. Voor verzekerden geplaatst in het buitenland, zal in voorkomende gevallen de contactpersoon zorgdragen voor rechtstreekse betaling aan de zorgaanbieder.
- 4.22.9.** Om voor vergoeding conform artikel 4.22.1., artikel 4.22.2. sub b. en artikel 4.22.3. in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingswijzen te overleggen.
- 4.22.10.** Om voor vergoeding conform artikel 4.22.2. sub a. in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij de zorgverzekeraar aan te vragen verzekeringsverklaring.
- 4.22.11.** Indien een verzekerde met toestemming van de Minister van defensie verblijft bij de in het buitenland geplaatste militair of geplaatste defensieburgermedewerker, kan dit gezinslid, in tegenstelling tot de situatie in Nederland, gebruik maken van de faciliteiten van de Militair Geneeskundige Diensten.

4.23. Stoppen-met-rokenprogramma

Het stoppen-met-rokenprogramma omvat de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering, met als doel te stoppen met roken. Het programma kan worden gevolgd in een groep of individueel. De verzekerde kan maximaal een keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

De zorg moet worden verleend door zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken. Deze zorgaanbieders worden vermeld in de zorgvinder op de website. De geneesmiddelen moeten worden geleverd door de Nationale Apotheek, apotheker of apothekhoudend huisarts.

4.24. Uitsluitingen

4.24.1. Geen aanspraak bestaat op:

- Vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift;
- De eigen bijdrage krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- Vergoeding van de kosten omdat de verzekerde niet op een afspraak met een zorgaanbieder is verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- Vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- Griepvaccinaties;
- Alternatieve geneeswijzen;
- Declaraties als gevolg van niet-nagekomen aanspraken;
- Het kraampakket;
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de verzekeraar 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 het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar.

4.25. Algemeen

4.25.1. Aanspraak op andere zorg dan in de Modelovereenkomst Zorgzaam omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze modelovereenkomst, als vaststaat dat de desbetreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

4.25.2. Opname in een andere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse, wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

4.25.3. Begin en einde van de aanspraak

Indien verzekerde op grond van eerdere bepalingen in deze modelovereenkomst recht heeft op aanspraak op zorg, geldt dat slechts voor zover verzekerde zorg heeft genoten tijdens de periode, waarin deze verzekering van kracht is.

Artikel 5. Overige bepalingen

5.1. Het aanvragen van toestemming

5.1.1. Voor sommige vormen van zorg is een verwijzing, voorschrift en/of toestemming nodig, waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg. Is dit het geval, wordt dit in het desbetreffende artikel aangegeven. Indien een verwijzing of voorschrift nodig is, dan dient de verzekerde een verwijzing of voorschrift te vragen aan de zorgaanbieder, die in het desbetreffende artikel is weergegeven. Indien toestemming is vereist dan dient de verzekerde toestemming aan de zorgverzekeraar te vragen.

5.1.2. Indien de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, dan beoordeelt deze zorgaanbieder in dit geval of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor de verzekerde toestemming aan. Het aanvragen van toestemming vindt plaats volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de desbetreffende zorgaanbieder. De verzekerde kan ook de aanvraag rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen.

5.1.3. Indien de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er voor de desbetreffende zorgvorm een toestemmingsvereiste geldt, dan dient de verzekerde bij de zorgverzekeraar toestemming aan te vragen.

- 5.1.4.** Indien de verzekerde ten genoeg van de zorgverzekeraar aantoont, dat het niet of niet-tijdig aanvragen van toestemming of verlenging van de toestemming het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in artikel 5.1.1. bedoelde aanspraken worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch of tandheelkundig adviseur de toestemming of verlenging alsnog kan worden verleend. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming is niet nodig voor acute zorg.
- 5.1.5.** Indien de verzekerde toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als de verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar of indien de verzekerde van de vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

5.2. Klachten en Geschillen

- 5.2.1.** Indien een verzekerde niet tevreden is over de bejegening door de zorgverzekeraar of zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan Zorgzaam/Univé Verzekeringen. De verzekerde kan ook een online klachtenformulier invullen op www.zorgzaam.nl of een brief sturen, ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 25031, 5600 RS Eindhoven. De zorgverzekeraar zal hierop binnen 30 dagen haar definitieve besluit kenbaar maken. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 5.2.2.** Indien de verzekerde niet tevreden is met het besluit van de zorgverzekeraar of als de verzekerde binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, kan de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze instantie brengt een bindend advies uit. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringsnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.
- 5.2.3.** Indien de verzekerde een formulier overbodig of ingewikkeld vindt, kan hij een klacht indienen bij de zorgverzekeraar. De verzekerde ontvangt binnen 30 dagen van de zorgverzekeraar een reactie op zijn klacht. Indien de verzekerde niet tevreden is met het antwoord of binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, kan hij zijn klacht voorleggen aan de NZa ter attentie van De informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GZ Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

5.3. Bescherming persoonsgegevens

- 5.3.1.** Het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de verzekerdenadministratie van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar gebruikt persoonsgegevens:
- Voor het aangaan en uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
 - Voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
 - Voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
 - Voor statistische analyse;
 - Om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - In het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A.. De verzekerde kan de Gedragscode en de Privacyverklaring inzien op de website via www.zorgzaam.nl. De verzekerde kan de Gedragscode ook opvragen bij Zorgzaam, Postbus 445, 5600 AK Eindhoven.

De zorgverzekeraar is verplicht het Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in de administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Dit vindt plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kan de zorgverzekeraar de persoonsgegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

De verzekerde kan voor meer informatie, het inzien of corrigeren van persoonsgegevens of het aantekenen van verzet, terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) via het e-mailadres op www.zorgzaam.nl onder het kopje 'privacy'.

Vanaf de ingangsdatum van de zorgverzekering mag de zorgverzekeraar:

- Aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als dit nodig is om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- Het Burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met de zorgaanbieders het BSN gebruiken. De zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

Als de zorgverzekeraar de rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt de zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe de verzekerde verzekerd is. Om die reden kunnen de zorgaanbieders adres- en polisgegevens en Burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien.

Zij mogen dat alleen als zij de verzekerde ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in adresgegevens van een verzekerde, kan de verzekerde de zorgverzekeraar vragen deze gegevens af te schermen.

5.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als de verzekerde fraude pleegt, vervalt het recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. De zorgverzekeraar vordert uitgekeerde vergoedingen bij de verzekerde terug. De verzekerde is ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreert de zorgverzekeraar de persoonsgegevens van de verzekerde, medeplichtige of medepleger in het Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van persoonsgegevens van de verzekerde, medeplichtige en medepleger:

- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- In het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

De zorgverzekeraar kan van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij de verzekeraar heeft tot gevolg dat de zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat de zorgverzekeraar gedurende een periode van 5 jaar kan weigeren een nieuwe zorgverzekering met de verzekerde sluiten. De aanvullende (zorg)verzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. De verzekerde kan in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A..

5.5. Molest / Terrorisme

- 5.5.1. De verzekerde heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38. van de Wet op het financieel toezicht.
- 5.5.2. Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden NV hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- 5.5.3. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33. Zvw of artikel 2.3. Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het vorige lid, recht op prestaties van een bij ministeriële regeling te bepalen omvang. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is op aanvraag te verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (072) 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

MEER WETEN?

Helpdesk Zorgzaam

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur
Telefoonnummer: (072) 527 76 77
Vanuit het buitenland: +31 725 27 76 77

Zorgzaam

Postbus 445
5600 AK Eindhoven
E-mail zorgvragen: Via het contactformulier op:
www.zorgzaam.nl
Internet: www.zorgzaam.nl

Univé

Email zorgbemiddeling: zorgbemiddelaar@unive.nl
Internet: www.unive.nl