

A large, central photograph of a woman with long, dark brown hair, wearing a light grey blazer over a red top. She is smiling broadly and has her arms crossed. The background is a bright, out-of-focus office or window setting.

Polisvoorwaarden Basisverzekering

Nedasco
Avéro Achmea 2016

Keuze Zorg Plan

Ga voor meer informatie over uw polis naar
<https://mijn.nedasco.nl>

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Afdeling Zorg

033 - 46 70 870

Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur.

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.nedasco.nl/averoachmea of hiervoor bellen met de afdeling Zorg.

Aanvragen toestemming

U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar:

Nedasco B.V.

t.a.v. team Medisch Advies

Postbus 1815

3800 BV Amersfoort

In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar:

Nedasco B.V.

t.a.v. ziektekostendeclaraties

Postbus 6253

4000 HG Tiel

Postadres Nedasco B.V.

Nedasco B.V.

Postbus 59

3800 AB Amersfoort

U kunt informatie over uw Zorgverzekering ook vinden op www.nedasco.nl/averoachmea

Dit zijn de voorwaarden van de basisverzekering

Welke basisverzekering bieden wij aan?

Wij bieden u de basisverzekering Keuze Zorg Plan (restitutie verzekering).

De overheid bepaalt de inhoud van onze basisverzekeringen

Dit wordt vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hier strikt aan houden. De zorg die in de basisverzekering zit, is daardoor voor iedereen in Nederland gelijk. De basisverzekeringen zijn zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de basisverzekering.

De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- de Algemene voorwaarden basisverzekeringen (algemene informatie over de basisverzekering, zoals de premie, het eigen risico en waar u zich aan moet houden);
- de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' (op welke zorg u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn);

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

De verzekerde zorg van de basisverzekeringen vindt u op pagina 26 t/m 53.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen per post of via e-mail. Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2016 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering(en);
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (geen geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken, vlokkentesten of ziekenvervoer);
- ketenzorg;
- nacontrole van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

In artikel 6 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' leest u meer over het verplicht eigen risico (zie pag. 12).

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Uw premie voor uw basisverzekering wordt hierdoor lager. In artikel 7 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico (zie pag. 13).

Wat vindt u waar?

Deze voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:	Blz.
Inhoudsopgave	4
Algemene voorwaarden basisverzekering	5
Begripsbepalingen basisverzekering	21
Verzekerde zorg basisverzekering	26

Welkom bij Nedasco	2
Inhoudsopgave	4
Algemene voorwaarden basisverzekering	5
1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?	6
2 Wat verzekert de basisverzekering voor wie is deze bedoeld?	6
3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	7
4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?	8
5 Wat zijn uw verplichtingen?	9
6 Wat is uw verplicht eigen risico?	10
7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?	12
8 Wat betaalt u?	13
9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?	13
10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?	14
11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	16
12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?	16
13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?	17
14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?	17
15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	18
16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling?	19
17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	19
18 Heeft u een klacht?	19
19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	20
20 Wat zijn de gevolgen van fraude?	21
21 Begripsbepalingen	21
Verzekerde zorg basisverzekering	27
Botten, spieren en gewrichten	27
Artikel 1. Ergotherapie	27
Artikel 2. Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus	27
Fysiotherapie en oefentherapie	28
Artikel 3. Fysiotherapie en oefentherapie	28
Hulpmiddelen	30
Artikel 4. Hulpmiddelen	30

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	31
Artikel 5. Farmaceutischr zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten	31
Mond en tanden (mondzorg)	33
Artikel 6. Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	33
Artikel 7. Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	33
Artikel 8. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder – kaakchirurgie	34
Artikel 9. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder – uitneembare Volledige prothesen (kunstgebitten)	34
Artikel 10. Implantaten	35
Artikel 11. Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	36
Artikel 12. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	36
Ogen en oren	37
Artikel 13. Audiologisch centrum	37
Artikel 14. Zintuiglijke gehandicaptenzorg	37
Psychische zorg	38
Artikel 15. Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	38
Artikel 16. Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)	39
Artikel 17. Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder	40
Spreken en lezen	41
Artikel 18. Logopedie	41
Vervoer	42
Artike19. Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer	42
Ziekenhuis, behandeling en verpleging	43
Artikel 20. Astmacentrum in Davos (Zwitserland)	43
Artikel 21. Erfelijkheidsonderzoek en –advisering	44
Artikel 22. Mechanische beademing	44
Artikel 23. Thuisdialyse	44
Artikel 24. Transplantaties van organen en weefsels	44
Artikel 25. Plastische chirurgie	45
Artikel 26. Revalidatie	46
Artikel 27. Second opinion	47
Artikel 28. Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	47
Artikel 29. Medisch specialistische zorg en verblijf	48
Zwanger (worden)/baby/kind	49
Artikel 30. Bevalling en verloskundige zorg	49
Artikel 31. In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie	50
Artikel 32. Kraamzorg	52
Artikel 33. Oncologieonderzoek bij kinderen	52
Artikel 34. Prenatale screening	52
Overig	53
Artikel 35. Diëtetiek	53
Artikel 36. Huisartsenzorg	53
Artikel 37. Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM	53
Artikel 38. Stoppen-met-rokenprogramma	54
Artikel 39. Trombosedienst	54

Artikel 1. Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2. Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

Artikel 3. Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

- 3.1** U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:
- een gewapend conflict;
 - een burgeroorlog;
 - een opstand;
 - binnenlandse onlusten;
 - oproer en mouterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- griep prikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op!

In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

- 3.6.1** Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

- 3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.
- 3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

Artikel 4. Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

- 4.1** Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
 - zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u samen met de zorgverlener verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen.
3. Via de Zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2016, niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2016. Houdt u hier rekening mee.

Let op! De basisverzekering Keuze Zorg Plan is een restitutiepols. Bij een restitutiepols hebben de omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Heeft u een basisverzekering Keuze Zorg Plan (restitutiepols) en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Vergoeding van spoedeisende zorg

Heeft u spoedeisende zorg nodig en wordt die op dat moment verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u, ongeacht de polis die u heeft, recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Dit doen wij tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Let op!

Start u na deze spoedeisende zorg een nieuwe planbare behandeling? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Avéro Achmea afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

Artikel 5. Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a. Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b. Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c. U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d. U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e. U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f. U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g. U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe

zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedefinieerd bent

- a. Bent u gedefinieerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b. Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld. Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Artikel 6. Wat is uw verplicht eigen risico?

- 6.1** Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

- 6.2** **Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf**

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

Let op!

Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering" (artikel 3 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen') worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen;
- b. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- c. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- e. de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f. de kosten van het vervoer van de donor of de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- g. de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- h. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek is vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij verplicht eigen risico mogen inhouden.

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

Artikel 7. Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- f. ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- g. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 8. Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

- 8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.
- 8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.
- 8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- a premie;
- b verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c wettelijke eigen bijdragen;
- d eigen betalingen;
- e eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Artikel 9. Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met uw declaraties uit uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

Artikel 10. Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK? Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het CAK zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het CAK krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het CAK

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK, als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- a. de verschuldigde premie;
- b. de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c. de wettelijke rente;
- d. eventuele incassokosten;
- e. eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het CAK melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- a. de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c. een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

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

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

Artikel 11. Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

- 11.1** Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

Is een verandering in de voorwaarden en/of het recht op zorg in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

Artikel 12. Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

Artikel 13. Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- a. U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b. U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- c. Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- d. Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand;
- e. Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

Artikel 14. Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

- a. met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b. op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c. als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d. bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- e. bij overlijden;
- f. als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- g. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het

moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

- 14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.
- 14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.
- 14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

Artikel 15. Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

- 15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
 - Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.2 Vergoeding van zorg in land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

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

Artikel 16. Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

Artikel 17. Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt.

U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18. Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Zorg. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief of per e-mail.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 15 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de directie indienen per brief of per e-mail. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 15 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

De SKGZ behandelt klachten en geschillen over uw ziektekostenverzekeraar. Dit kan door bemiddeling via de ombudsman of, indien dit niet succesvol is, door middel van het uitbrengen van een bindend advies van de geschillencommissie. Meer informatie vindt u op de website van de SKGZ. Het is ook mogelijk om naar de burgerlijk rechter te stappen, zelfs nadat de geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht. Als de Geschillencommissie Zorgverzekeringen het bindend advies heeft gegeven, dan is er slechts een marginale toetsing door de burgerlijk rechter mogelijk.

18.5 **Behandeling door burgerlijk rechter**

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 **Klachten over formulieren**

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 **Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.**

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Artikel 19. Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

- 19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven :
- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
 - om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
 - om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
 - voor statistische analyse;
 - voor wetenschappelijk onderzoek;
 - voor relatiebeheer;
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

19.2 **Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten**

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- schriftelijk bij Nedasco B.V., Postbus 59, 3800 AB Amersfoort;
- via telefoonnummer 033-4670870;
- via onze website.

19.3 **Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie**

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Avéro Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 **Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden**

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres -, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres -, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 **Wij registreren uw burgerservicenummer**

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

Artikel 20. Wat zijn de gevolgen van fraude?

- 20.1** Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:
- onder valse voorwendzelen;
 - op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21. Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Generalistische Basis GGZ

Zorg voor mensen met een niet-complexe psychische stoornis. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig specialist (uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk) is nodig.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en gespecialiseerde behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Gezin

Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

MDO-constructie GGZ

Een samenwerkingsverband binnen een GGZ instelling waarbij een GZ-psycholoog of verslavingsarts functioneert in een gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij ten minste ook een psychiater of klinisch psycholoog betrokken is en waarbinnen op casusniveau de differentiaal diagnostische mogelijkheden en de behandel mogelijkheden worden besproken.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende discipline achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Optometrist

Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Privékliniek

Een privékliniek is een behandelcentrum zonder WTZi-toelating.

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

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 conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn oorspronkelijke zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verwijzing/Verklaring

Een verwijzing/verklaring is uiterlijk 1 jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Nedasco, aan wie door Achmea Zorgverzekeringen N.V. volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 30208633 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12001023.

Zorgvraag

de klacht waarmee de verzekerde zich in eerste instantie wendt tot de specialist (=hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als één zorgvraag.

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Heeft u een basisverzekering Keuze Zorg Plan afgesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van deze zorg. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor het recht op deze zorg. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

BOTTEN, SPIEREN EN GEWRICHTEN

Artikel 1. Ergotherapie

U heeft recht op 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dit is 10 uur per kalenderjaar. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op ergotherapie

1. U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op ergotherapie.
2. Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op ergotherapie, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig om recht te hebben op ergotherapie. Met een aantal gecontracteerde ergotherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze ergotherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTE (Directe Toegang Ergotherapie). Via de Zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTE aanbieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op toeslagen voor:

- a. afspraken buiten reguliere werktijden;
- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 2. Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

Na de vaststelling van het zorgprofiel, wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Op welke zorgonderdelen u recht heeft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Zorgprofiel 1: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek door een podotherapeut.

Zorgprofiel 2: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut. Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement. Preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen, deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 3: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door een podotherapeut. Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij

druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 4: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutisch controle consult door podotherapeut. Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

De voetzorg waar u volgens deze polis recht op heeft, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 37 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

1. Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet lid zijn van Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
 - De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen die als medisch pedicure geregistreerd staan in het Kwaliteit Register voor Pedicures (KRP) van ProCert of hierin staan met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of (pedicure) chiropodisten /pedicures in de zorg die geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo. De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.
2. U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
3. Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u diabetes mellitus heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel 37 ketenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- b. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen;
- c. voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u Zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering;
- d. voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder huisartsenzorg (zie artikel 36 huisartsenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Artikel 3. Fysiotherapie en oefentherapie

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor het recht op deze zorg gelden.

3.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u recht op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie

1. Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie.
2. Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op fysiotherapie en oefentherapie als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
- b. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- c. zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- d. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- e. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u recht op alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan heeft u recht op 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan heeft u recht op maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie

1. Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
2. Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op fysiotherapie en oefentherapie als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de zorgzoeker op

www.nedasco.nl/averoachmea vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTF of DTO niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- b. zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

3.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan heeft u eenmalig per indicatie recht op de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op bekkenfysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op bekkenfysiotherapie.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b. toeslagen voor:
 1. afspraken buiten reguliere werktijden;
 2. niet-nagekomen afspraken;
 3. eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c. verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

HULPMIDDELEN

Artikel 4. Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c. een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het

Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden Basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

MEDICIJNEN (GENEESMIDDELEN) EN DIEETPREPARATEN

Artikel 5. Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- b. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;
- c. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
3. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 1. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 2. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 3. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 4. als ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist.
De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie test vastgesteld zijn.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraal tje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar.

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;

- j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

MOND EN TANDEN (MONDZORG)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 6 tot en met 12) gaan wij hierop in.

Artikel 6. Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan heeft u geen recht op reparatie of vervanging hiervan.

Artikel 7. Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. fronttandvervanging: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten) en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. U heeft hier alleen recht op als hierbij één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden vervangen worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of als het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervanging met een implantaat en voor de prothetische vervolgbehandeling (kroon of brug).
4. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
5. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 11 of 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a het beslijpen en/of fluorideren van een melkelement;
- b orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen', niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden.

Artikel 8. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder – kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. U heeft echter geen recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (zie artikel 10.1 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen') en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg (deze kan uit de aanvullende tandartsverzekering worden vergoed).

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel 29 Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt, een andere medisch specialist of jeugdarts.
3. Gaat u naar een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor de behandeling? Dan moeten wij u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - osteotomie (kaakoperatie) voor de behandeling van Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre-implantologische chirurgie;
 - plastische chirurgie.
4. Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.
5. U heeft alleen recht op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering.
6. Laat u botankers plaatsen voor een orthodontische behandeling? Houd er dan rekening mee dat er alleen recht op deze behandeling bestaat als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
7. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 9. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- b een uitneembare volledige immediaatprothese;

- c een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- d een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen;
- e de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) vallen niet onder de basisverzekering. Deze kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden.

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappingsprothese repareren of rebasen? Dan hoeft u geen wettelijke eigen bijdrage te betalen.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

1. Een tandarts of tandprotheticus moet de behandeling uitvoeren. Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren zoals omschreven onder voorwaarde 5.
2. Als de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
3. Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.230,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
4. Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten voor een volledige bovenprothese hoger dan € 575,- of voor een volledige onderprothese hoger dan € 600,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
5. U heeft recht op reparaties aan een volledige prothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Artikel 10. Implantaten

10.1 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aanvoering? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar de kaakchirurg. Dit mag alleen als u volledig tandeloos bent.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

10.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze prothese. Voor deze prothese geldt wel een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. U heeft ook recht op de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten. Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op een uitneembare volledige prothese op implantaten

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten vanuit artikel 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Artikel 11. Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 12. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een

angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 10 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

OGEN EN OREN

Artikel 13. Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a. onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b. u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Artikel 14. Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- a. een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- b. een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- c. niet ouder bent dan 23 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- a. handelingsgerichte diagnostiek;
- b. interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- c. interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren. Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysicus visueel systeem eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking. Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarde voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist. Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysicus audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

PSYCHISCHE ZORG

Artikel 15. Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

- a een gezondheidszorgpsycholoog;
- b een psychiater;
- c een klinisch psycholoog;
- d een psychotherapeut;
- e een verpleegkundig specialist (uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk).

De hoofdbehandelaar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren met een beroep dat is opgenomen in de DBC-tabel uit de nadere regel NR/CU-562 van de NZa (bijlage VI).

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

Voorwaarden voor het recht op generalistische basis GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, of een arts voor verstandelijk gehandicapten.
De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
3. Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor is verwezen en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);

- naam en functie verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

4. Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van de behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
5. De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk te blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Artikel 16. Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ontvangt u zorg in een GGZ-instelling? Dan moet uw behandeling plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie).

Voorwaarden voor het recht op niet-klinische gespecialiseerde GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapt.
De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
3. Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

4. Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
5. De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Artikel 17. Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:

- a. gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 16 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b. uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
- c. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

Uw behandeling moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar: een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen in een MDO-constructie als zorg plegen te bieden.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op psychiatrisch ziekenhuisverblijf

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten.
De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).

3. Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).
4. Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
5. Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
6. De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d. psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

SPREKEN EN LEZEN

Artikel 18. Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarden voor het recht op zorg

1. U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op logopedie.
2. Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op logopedie als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig om recht te hebben op logopedie. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie). Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

VERVOER

Artikel 19. Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

19.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op de volgende vormen van ambulancevervoer:

- a. besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg;
- b. besteld ambulancevervoer aangevraagd via ons (in geval van wachtlijstvervoer).

Let op! Heeft u spoedeisend ambulancevervoer nodig? Dit wordt meestal aangemeld via 112, dan geldt dat u geen verwijzing nodig heeft. En wij hoeven ook niet vooraf toestemming te geven. Dit vervoer valt ook onder uw basisverzekering.

U heeft recht op ambulancevervoer:

- a. van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b. naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- c. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- e. van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
- f. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1. Bij besteld ambulancevervoer moet u zijn doorwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.
2. Voor besteld ambulancevervoer in geval van wachtlijstvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft.
3. U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
4. U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

19.2 Zittend ziekenvervoer

U heeft recht op:

- a. zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto als u:
 - nierdialyse ondergaat;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaat;

- visueel gehandicapt bent en zich zonder begeleiding niet kunt verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk bent;
 - jonger bent dan 18 jaar en recht heeft op intensieve kindzorg zoals bedoeld in artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.
- b. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

U heeft recht op zittend ziekenvervoer:

- a. van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b. naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- c. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- e. van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 98,- per persoon per kalenderjaar.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

1. Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepalen wij ook of er begeleiding noodzakelijk is.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

ZIEKENHUIS, BEHANDELING EN VERPLEGING

Artikel 20. Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

Heeft u astma? Dan heeft u recht op behandeling in het Nederlands Astmacentrum in Davos.

Voorwaarden voor het recht op zorg

1. Een soortgelijke behandeling in Nederland heeft bij u geen succes gehad en wij vinden de behandeling in Davos doelmatig.
2. U moet zijn doorwezen door een longarts of kinderarts.
3. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 21. Erfelijkheidsonderzoek en –advisering

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u hier recht op in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- b. chromosoomonderzoek;
- c. biochemische diagnostiek;
- d. ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- e. erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor het recht op erfelijkheidsonderzoek en -advisering

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Artikel 22. Mechanische beademing

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- a. stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- b. levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor het recht op mechanische beademing

U moet zijn doorwezen door een longarts.

Artikel 23. Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan heeft u recht op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- a. de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- b. overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Artikel 24. Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

- a. transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;

- b. transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving;

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- a. kiezen van de donor;
- b. operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortaletransplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a. zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- b. vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c. vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland. Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea.

Artikel 25. Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooiën;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). Deze ingreep moet uitgevoerd worden door een zorgverlener met wie wij een contract hebben.

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Artikel 26. Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (26.1) en geriatrische revalidatie (26.2).

26.1 Medisch specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

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

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Dit geldt ook voor overige verblijven in (psychiatrisch) ziekenhuizen. Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

26.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
3. De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
4. Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
5. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Artikel 27. Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Artikel 28. Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan omvat deze zorg alleen verzorging als er sprake is van complexe somatische problematiek of van een lichamelijke handicap, waarbij:

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

U behoort dan tot de doelgroep voor intensieve kindzorg.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan

verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 32 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Artikel 29. Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbodenaan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
2. Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
3. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
4. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
5. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 30	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 31	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 33	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 39	Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

ZWANGER (WORDEN)/BABY/KIND

Artikel 30. Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (30.1) en geen medische noodzaak (30.2).

30.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

30.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt;

b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Artikel 31. In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF (31.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (31.2), sperma invriezen (31.3) en eicelvitricificatie (31.4).

31.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- a. fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF

1. De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
3. Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-poging.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF,

inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

1. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

31.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan heeft u recht op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- a. een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- b. een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- a. u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- b. u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- c. u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- a. het fragiele-X-syndroom;
- b. het turnersyndroom (XO);
- c. galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u recht op de volgende onderdelen van de behandeling:

- a. follikelstimulatie;
- b. eicelpunctie;
- c. invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF-gebonden indicatie

Tijdens een IVF-poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op invriezen. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- a. er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b. er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-poging (zie artikel 31.1 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). **Let op!** Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor het recht op invriezen

1. Het invriezen moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2. Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan moeten wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
3. Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op invriezen, als u jonger bent dan 43 jaar.

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor het invriezen van eicellen tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Artikel 32. Kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

a. huis of in een geboorte- of kraamcentrum

Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,20 per uur. Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 4,20 per uur.

b. in het ziekenhuis

Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per (verblijf)dag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de moeder en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat deze 10 dagen verstreken zijn, dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

Op hoeveel uur kraamzorg u recht heeft, hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het geboorte- of kraamcentrum stelt dit in goed overleg met u vast. Hierbij volgt het centrum het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Op onze website vindt u het protocol en een toelichting op dit protocol of neem contact met ons op.

Artikel 33. Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft recht op zorg van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

Artikel 34. Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op:

- a. counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;
- b. het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 wekenecho genoemd;
- c. de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. U heeft alleen recht op deze zorg, als een huisarts, verloskundige of medisch specialist u op basis van een medische indicatie heeft doorverwezen;
- d. de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze test, als u een medische indicatie of een positieve combinatietest heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test;

- e. invasieve diagnostiek. U heeft alleen recht op deze diagnostiek, als u een medische indicatie, een positieve combinatietest of een positieve niet-invasieve prenatale test heeft. Is de uitslag van de combinatietest of de niet-invasieve prenatale test 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test.

Let op! De kosten van NIPT zullen verrekend worden met uw eigen risico.

Voorwaarde voor het recht op prenatale screening

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert, moet een WBO-vergunning hebben óf een samenwerkingsverband met een regionaal centrum met een WBO-vergunning hebben.

OVERIG

Artikel 35. Diëtetiek

U heeft recht op 3 uur diëtetiek door een diëtist. Dit is 3 uur per kalenderjaar. Diëtetiek bestaat uit voorlichting en advies op het terrein van voeding en eetgewoonten. De diëtetiek heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op diëtetiek

1. U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op diëtetiek.
2. Laat u zich adviseren op school? Dan heeft u alleen recht op diëtetiek, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op diëtetiek. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij DTD (Directe Toegang Diëtist). Via de zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de advisering? Dan is DTD niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de advisering aan huis moet plaatsvinden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. afspraken buiten reguliere werktijden;
- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 36. Huisartsenzorg

U heeft recht op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, kan de zorg ook verlenen. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Artikel 37. Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

U heeft recht op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Bij ketenzorg staat de patiënt met chronische aandoening centraal, zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma. Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor COPD, diabetes mellitus type 2, astma of VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma of de zorgstandaard VRM.

Recht op ketenzorg bij niet-gecontracteerde zorggroep

Let op! Maakt u gebruik van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Of heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen recht op de zorg zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel 29, 35 en 36 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'. Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel 2 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de zorgzoeker op www.nedasco.nl/averoachmea of neem contact met ons op.

Artikel 38. Stoppen-met-rokenprogramma

U heeft maximaal 1 keer per kalenderjaar recht op een stoppen-met-rokenprogramma dat als doel heeft te stoppen met roken. Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op een stoppen-met-rokenprogramma

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
2. Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Artikel 39. Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan heeft u recht op zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- a. regelmatig bloedmonsters afneemt;
- b. de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook door een ander laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk;
- c. apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten;
- d. u opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen;
- e. u adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor het recht op zorg van een trombosedienst

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.