



Polisvoorwaarden

Nedasco
A tot Z Doelgroepen
Zorgverzekering 2016

Jong Pakket
Gezin Pakket
Vijftig Plus Pakket

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

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet. U kunt de informatie over uw Zorgverzekering ook vinden op www.nedasco.nl/nedascoatotzvgz.

Met vriendelijke groeten,
Nedasco B.V.

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/nedascoatotzvgz of hiervoor bellen met de afdeling Zorg.

Ziekenvervoer

Wilt u een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

Zorgadvies & bemiddeling

Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze afdeling Zorg.

VGZ Gezondheidslijn

0900 - 2 123 123 (€ 0,10/min)

Alarmcentrale

+31 (0)592 390 835 (+= internationaal toegangsnummer)

VGZ Kraamzorg

0900 - 221 31 41 (€ 0,10/min)

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.

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via <http://mijn.nedasco.nl>. Declareert u liever per post? Dan 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

Welkom bij Nedasco	2
Inhoudsopgave	3
I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. A tot Z Jong Pakket, Gezin Pakket en Vijftig Plus Pakket Aanvullende dekking	14
Artikel 9. Alternatieve zorg	14
Artikel 10. Beweegzorg	15
Artikel 11. Anticonceptiemiddelen	17
GEZICHTSVERMOGEN	17
Artikel 12. Brillen en contactlenzen	17
BUITENLAND	18
Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	18
Artikel 14. Repatriëring	18
PREVENTIE	19
Artikel 15. Leefstijl Check	19
Artikel 16. Preventieve onderzoeken	19
Artikel 17. Preventie voor reizen naar buitenland	20
Artikel 18. Valpreventie	21
Artikel 19. Medische screening bij adoptie	21
Artikel 20. Consulten voor vrouwen	21
Artikel 21. Sportmedisch advies	22
Artikel 22. Voedingsadvies	22
Artikel 23. Gezondheids cursussen	23
GEBOORTEZORG	23
Artikel 24. Prenatale screening	23
Artikel 25. Gezondheids cursussen rondom de bevalling	24
Artikel 26. Verloskundige zorg	24
Artikel 27. Extra kraamzorg	25
Artikel 28. Kraamzorg na ziekenhuisopname	25
Artikel 29. Couveuse nazorg	25
Artikel 30. Kraampakket	26
Artikel 31. Lactatiekundig consult	26
Artikel 32. Borstkolf	26
HUIDBEHANDELINGEN	26
Artikel 33. Acnebehandeling	26
Artikel 34. Camouflagetherapie	27
Artikel 35. Ontharen	27
Artikel 36. UV-B Lichtapparatuur	27
HULPMIDDELEN	28
Artikel 37. Hoortoestellen	28
Artikel 38. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	28
Artikel 39. Pruiken of mutsja's	28
Artikel 40. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen	29
Artikel 41. Allergeenvrije schoenen	29
Artikel 42. Thuisbewakingsmonitor	29
Artikel 43. ADL-Hulpmiddelen	30
Artikel 44. Thuisverzorgingsartikelen	30
Artikel 45. Diabetes testmaterialen	30

Artikel 46.	Steunpessarium	30
Artikel 47.	Plaswekker	31
Artikel 48.	Huur hulpmiddelen	31
Artikel 49.	Epilepsie alarmering	31
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG		32
Artikel 50.	Besnijdenis (medische circumcisie)	32
Artikel 51.	Ooglidcorrectie	32
Artikel 52.	Sterilisatie	32
Artikel 53.	Correctie van de oorstand (flaporen)	33
STOTTERTHERAPIE		33
Artikel 54.	Stottertherapie	33
PSYCHOLOGISCHE ZORG		33
Artikel 55.	Mindfulness bij burn-out klachten	33
Artikel 56.	Seksuologische zorg	34
Artikel 57.	Cogmed	34
Artikel 58.	Neurofeedback	34
VOETBEHANDELINGEN		35
Artikel 59.	Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet	35
Artikel 60.	Podotherapie	35
Artikel 61.	Steunzolen en therapiezolen	36
DIËTETIEK		36
Artikel 62.	Diëtetiek	36
ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN		36
Artikel 63.	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	36
VERBLIJF		37
Artikel 64.	Hospice	37
Artikel 65.	Logeerkosten	37
TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG		38
Artikel 66.	Tandheelkundige zorg	38
Artikel 67.	Orthodontische zorg	39
III. Begripsomschrijvingen		40

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

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

1.3. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u gebruikmaakt van een door ons voor de betreffende zorg gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden. De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Deze lijst vindt u op onze website.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5. Insturen van nota's

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

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

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.oanda.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans 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. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar <https://mijn.nedasco.nl>. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Rechtstreekse betaling

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

1.7. Verrekening van kosten

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

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

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

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

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

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

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

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

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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen: A tot Z Jong Pakket, A tot Z Gezin Pakket en A tot Z Vijftig Plus Pakket in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

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

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

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

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

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

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

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

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

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

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

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u zich registreren voor 'Mijn Nedasco'.

E-mail

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

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigheid van premie

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

Voorbeeld

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).
- b. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.
- c. Als u geen gebruik maakt van bovenstaande betalingsmogelijkheden, ontvangt u een nota.
- 3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 200 per maand. Voor bedragen boven de € 200 sturen wij u een nota. Als wij ervoor kiezen u een nota te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet-tijdig betalen. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten. Er geldt geen medische selectie. Voor het A tot Z Jong Pakket geldt een leeftijdsgrens. U kunt het A tot Z Jong Pakket alleen afsluiten als u 18 jaar of ouder bent en jonger dan 31 jaar.

6.2.2. Gezinsdekking

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een A tot Z Gezin Pakket afgesloten, dan krijgen de verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar ook een A tot Z Gezin Pakket.

Hebben beide verzekerde ouders/verzorgers op de polis een A tot Z Jong Pakket of een A tot Z Vijftig Plus Pakket afgesloten dan krijgen de verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar een A tot Z Twee sterren.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen A tot Z. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekerings- bedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.
- U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

- 6.4.2. Tussentijds
U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
 - tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
 - als een meeverzekerd kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.
- 6.4.3. Opzegservice
U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.
- 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?**
Wij kunnen de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:
- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
 - als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
 - als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
 - als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

- 7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Zorg.
- 7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen aan Nedasco B.V. t.a.v. de afdeling Zorg, Postbus 59, 3800 AB Amersfoort. Of e-mail naar zorg@nedasco.nl.

Tips bij het indienen van een klacht

Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.

Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.

Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

- 7.1.2. Komt u er niet met de afdeling Zorg uit? Dan bestaat er altijd de mogelijkheid om een brief te schrijven aan onze directie. U kunt uw brief dan richten aan:

Nedasco B.V.
T.a.v. de directie
Postbus 59
3800 AB te Amersfoort.

Wij streven ernaar uw directieklacht binnen 10 werkdagen af te handelen. Lukt het ons niet om uw klacht binnen deze termijn af te handelen, dan wordt u hiervan binnen 3 werkdagen op de hoogte gebracht.

- 7.1.3. Komt u er niet met Nedasco uit?
Heeft u een klacht ingediend bij Nedasco, maar u bent het niet eens met de beslissing of u krijgt niet binnen 30 dagen een reactie, dan bestaat er voor u de mogelijkheid om naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) te gaan.

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.

Het postadres van de SKGZ is:
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist

7.2. Klachten over onze formulieren

- 7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen aan Nedasco B.V. t.a.v. de afdeling Zorg, Postbus 59, 3800 AB Amersfoort.
- 7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorg.

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

II. A tot Z Jong Pakket, Gezin Pakket en Vijftig Plus Pakket Aanvullende dekking

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheehoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 30 per dag
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 350 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 350 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag

Bijzonderheden:

1. onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps) behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 18).
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
2. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Bewegezorg

Omschrijving:

Bewegezorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie;

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Hebt u Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/ Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders.
Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget bewegezorg bedraagt:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 250 per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 325 per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 425 per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

Wordt de zorg onder omschrijving: punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden

Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensen- dieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

18 jaar en ouder

- 2a. Chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.
Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
- 2b. Niet-chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).
3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering.

Alle leeftijden

4. Vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering.
5. U hebt geen recht op behandelingen die niet als Bewegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of re-integratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
6. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Beweegzorg is een budget

Dit betekent dat u van de diverse vormen van beweegzorg, zoals genoemd onder A en B gebruik kunt maken tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar.

Bijvoorbeeld: u hebt een Twee sterren aanvullende dekking. U start in maart 2016 met behandelingen fysiotherapie. De totale kosten van deze behandelingen bedragen € 200,-. U hebt dan voor het kalenderjaar 2016 nog € 550,- budget over dat u kunt besteden aan bijvoorbeeld haptotherapie.

Beweegzorg is een budget. Dit betekent dat u van de diverse vormen van beweegzorg, zoals genoemd onder 1 tot en met 5 gebruik kunt maken tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar.

Voor alle aanvullende pakketten:

ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar : maximaal 2 uur bovenop de vergoeding uit de basisverzekering.

Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan:
voor alle aanvullende pakketten maximaal 2 uur per jaar.

Beweegprogramma's in bijzondere gevallen

De zorg omvat beweegzorgprogramma's die gericht zijn op één of meer met name genoemde aandoeningen. Wij vergoeden beweegprogramma's als er sprake is van één van de genoemde aandoeningen.

Voorwaarden:

U lijdt aan één of meer van de volgende aandoeningen:

- Artrose in de heup en/of knie;
- COPD Gold 1 of 2 waarbij de FEV1/VC meer bedraagt dan 60%;
- Diabetes mellitus type 2;
- Coronaire hartziekten;
- Osteoporose.

De zorgverlener hanteert een beweegprogramma dat is opgesteld aan de hand van de standaarden beweginginterventies van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF); het beweegprogramma is gericht op motivatie en coaching, zodat u hierna op verantwoorde wijze zelfstandig kunt blijven bewegen.

Bijzonderheden:

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

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 350 per drie jaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 350 per drie jaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 350 per drie jaar

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

Artikel 11. Anticonceptiemiddelen**Omschrijving:**

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt, zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar;
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar;
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

GEZICHTSVERMOGEN**Artikel 12. Brillen en contactlenzen****Omschrijving:**

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van VGZ. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 100 per 2 kalenderjaren
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per 2 kalenderjaren
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 100 per 2 kalenderjaren

Bijzonderheden:

De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleeft;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.oanda.com.

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	Binnen EU/EER, Zwitserland en verdragslanden 100% van het gedeclareerde tarief. Buiten EU/EER, Zwitserland en verdragslanden maximaal 200% van het marktconforme tarief in Nederland. Tandheelkundige hulp maximaal € 275 per kalenderjaar.
A tot Z Gezin Pakket	Binnen EU/EER, Zwitserland en verdragslanden 100% van het gedeclareerde tarief. Buiten EU/EER, Zwitserland en verdragslanden maximaal 200% van het marktconforme tarief in Nederland. Tandheelkundige hulp maximaal € 275 per kalenderjaar.
A tot Z Vijftig Plus Pakket	Binnen EU/EER, Zwitserland en verdragslanden 100% van het gedeclareerde tarief. Buiten EU/EER, Zwitserland en verdragslanden maximaal 200% van het marktconforme tarief in Nederland. Tandheelkundige hulp maximaal € 345 per kalenderjaar.

Artikel 14. Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

VGZ Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de VGZ Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	volledig
A tot Z Gezin Pakket	volledig
A tot Z Vijftig Plus Pakket	volledig

Bijzonderheden:

de VGZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Artikel 15. Leefstijl Check

Omschrijving:

integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen:

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar

Artikel 16. Preventieve onderzoeken

Omschrijving:

de zorg omvat preventieve onderzoeken om een ziekte te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen.

Bijzonderheden:

wij vergoeden de volgende preventieve onderzoeken:
preventief onderzoek, zoals onderzoek naar aandoeningen aan hart en bloedvaten
onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Wij vergoeden niet:

1. zelftesten;
2. (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
3. (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn en die vallen onder de vergoeding van de basisverzekering;
4. (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning nodig is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
5. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard of in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
6. (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel;
7. beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);
8. werkplek onderzoeken;
9. keuringen gericht op arbeidsintegratie;
10. keuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).

Algemeen:

het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is.

Wie mag de zorg verlenen:

het preventieve onderzoek, zoals onderzoek naar aandoeningen aan hart en bloedvaten, wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
Het preventieve onderzoek naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren

of beperken wordt uitgevoerd door een door ons erkende en gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. Wij vergoeden geen onderzoeken als deze plaatsvinden door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar

Artikel 17. Preventie voor reizen naar buitenland

Omschrijving:

de zorg omvat preventieve maatregelen in de vorm van bepaalde tabletten, inentingen en geneesmiddelen in verband met een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen. Deze zorg omvat tevens een inentingsboekje of vaccinatieboekje dat als officiële verklaring hoort bij de inenting.

Volgens de omschrijving vergoeden wij ter voorkoming van een ziekte

- a. tabletten tegen:
 1. malaria;
 2. tyfus.

- b. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 1. difterie;
 2. tetanus;
 3. polio;
 4. hepatitis-A;
 5. hepatitis-A/B (combinatievaccin);
 6. gele koorts;
 7. tyfus.

Bijzonderheden:

een hepatitis B vaccinatie wordt niet vergoed, alleen de combinatie A/B (Twinrix).

- c. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 1. hepatitis-B;
 2. tuberculose;
 3. meningitis;
 4. Japanse encefalitis;
 5. tekenencefalitis;
 6. rabiës (hondsdolheid).

- d. een inenting tegen de volgende infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 1. cholera.

- e. preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen in verband met een (vakantie) reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Algemeen:

U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inentingen of -geneesmiddelen worden voorgeschreven.

Wie mag de zorg verlenen:

een apotheek, een G.G.D. of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	100% van het marktconform tarief
A tot Z Gezin Pakket	100% van het marktconform tarief
A tot Z Vijftig Plus Pakket	100% van het marktconform tarief

Artikel 18. Valpreventie

Omschrijving:

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balanstraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie:

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Wie mag de training verzorgen:

Een gecontracteerd fysiotherapeut of oefentherapeut die beschikt over een certificaat val training of een fysiotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 150

Artikel 19. Medische screening bij adoptie

Omschrijving:

de zorg omvat preventief onderzoek (medische screening) bij adoptiekinderen die afkomstig zijn uit het buitenland. Wij vergoeden preventief onderzoek bij adoptiekinderen.

Bijzonderheden:

Een preventief onderzoek van uw adoptiekind moet met de daarvoor bestemde DOT zorgproductcode worden gedeclareerd door een instelling voor medisch specialistische zorg.

Algemeen:

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- d. Het preventieve onderzoek (medische screening) hangt samen met het adoptieproces.

Wie mag de zorg verlenen:

het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door een kinderarts.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: 100% marktconform (gebruikelijk) tarief in Nederland
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 20. Consulten voor vrouwen

Omschrijving:

wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of zijn gericht op:

- a. de overgang;
- b. jonge vrouwen;
- c. zorgeloos zwanger zijn;
- d. een kinderwens;

- e. kankerpreventie.

Wie mag de zorg verlenen:

- a. de overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij Care for Women of aangesloten bij een andere door VGZ erkende of gecontracteerde beroepsgroep;
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- b. de overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door:
 - een verloskundige;
 - een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij Care for Women.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar

Artikel 21. Sportmedisch advies

Omschrijving:

de zorg omvat sportmedisch advies.

Wij vergoeden:

- a. sportmedische behandelingen;
- b. sportkeuringen;
- c. röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- d. sportmedische consulten en sportmedisch onderzoek.

Algemeen:

röntgen- en laboratoriumonderzoek vindt plaats ten behoeve van keuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

- a. De sportarts:
 1. is geregistreerd in het register van sociaalgeneeskundigen volgens de Wet BIG en werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen; of
 2. is geregistreerd als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.
- b. De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar

Artikel 22. Voedingsadvies

Omschrijving:

de zorg omvat voedingsadvies. Dit bestaat uit advisering en begeleiding bij gewichtscontrole.

Wij vergoeden de kosten voor voedingsadvies.

Algemeen:

- a. U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en als sprake is van overgewicht (BMI tussen 25 en 30 of bij uitzondering obesitas (BMI boven 30));
- b. De zorg richt zich op gewichtscontrole.

Wie mag de zorg verlenen:

de zorg wordt gegeven door:

- a. een gediplomeerde gewichtsconsulent die is aangesloten bij een door ons erkende of gecontracteerde vereniging van gewichtsconsulenten. De Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) is een door ons erkende vereniging;

- b. een diëtist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 75 per kalenderjaar

Artikel 23. Gezondheids cursussen

Omschrijving:

de zorg omvat gezondheids cursussen gericht op het voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte. U bent dan zelf in staat bent om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

Wij vergoeden het in bovenstaand artikel beschreven gezondheids cursussen.

Bijzonderheden:

wij vergoeden niet:

1. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
2. beweegprogramma's;
3. bedrijfshulpverlenings cursussen, waaronder EHBO- cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang.

Algemeen:

Voor de extra vergoeding voor diabetespatiënten moet u als diabetespatiënt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik maken van het internethulpmiddel Diabetes Pas;

In de gehele periode dat u een gezondheids cursus volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een gezondheids cursus.

Wie mag de zorg verlenen:

De gezondheids cursus wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- d. (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling) voor medisch specialistische zorg;
- e. een organisatie die door het Oranje Kruis is gecertificeerd dan wel het Oranje Kruis zelf, als de gezondheids cursus betrekking heeft op een EHBO- cursus;
- f. een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus;
- g. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 50 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaar Extra vergoeding voor diabetespatiënten: maximaal € 40 in de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaar Extra vergoeding voor diabetespatiënten: maximaal € 40 in de totale looptijd van uw verzekering

GEBOORTEZORG

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

Artikel 24. Prenatale screening

Omschrijving:

de zorg omvat prenatale screening naar de normen van medisch specialisten.

Voorbeelden:

- a. één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekpluimmeting (ook wel: NT-meting) en een bijbehorende kansbepalende bloedtest;
- b. een vruchtwaterpunctie;
- c. een geavanceerd ultrageluid (echoscopisch onderzoek);
- d. een prenatale genotypering.

Wij vergoeden de kosten van een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening.

Bijzonderheden:

- a. U bent een vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar en de prenatale screening is medisch niet noodzakelijk maar vindt plaats op uw verzoek;
- b. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Wie mag de zorg verlenen:

de prenatale screening wordt uitgevoerd door een huisarts, verloskundige of medisch specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

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

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	NT meting 100% marktconform tarief als u jonger bent dan 36 jaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 25. Gezondheids cursussen rondom de bevalling**Omschrijving**

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (max. 6 maanden na de bevalling).

Wie mag de cursussen verzorgen

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit®;
- Een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 26. Verloskundige zorg**Omschrijving**

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	100% van de eigen bijdrage
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 27. Extra kraamzorg

Omschrijving:

wij vergoeden extra kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw Basiszorgverzekering.

Bijzonderheden:

- a. U (de moeder) bent bij ons verzekerd;
- b. U (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling;
- c. De aanvullende kraamzorg volgt direct op de kraamzorg uit de basisverzekering.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	het afgesproken aantal uren over maximaal 4 dagen bovenop de vergoeding uit de basisverzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 28. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Omschrijving:

wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn ontslagen.

Bijzonderheden:

wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de basisverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.

Algemeen:

- a. De opname van de moeder (en kind) in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- b. De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal 6 uur
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 29. Couveuse nazorg

Omschrijving:

wij vergoeden couveuse nazorg.

Bijzonderheden:

wij vergoeden niet de kosten voor de dagen die we onder de basisverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.

Algemeen:

U (de moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
Uw kind heeft tenminste vijf dagen in de couveuse gelegen en / of uw kind heeft, op medische indicatie, tenminste acht dagen na de geboorte in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal 12 uur
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 30. Kraampakket

Omschrijving:

een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket telefonisch aanvragen via onze afdeling Zorg op het telefoonnummer 033 - 46 70 870.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	volledig
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 31. Lactatiekundig consult

Omschrijving:

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief nodig van:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op onze website.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 32. Borstkolf

Omschrijving:

vergoeding voor de huur of aanschaf van een elektrische borstkolf hebt u recht op een eenmalige vergoeding.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 80 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

HUIDBEHANDELINGEN

Artikel 33. Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 230 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 230 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 230 per kalenderjaar

Artikel 34. Camouflagetherapie**Omschrijving:**

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 200 voor de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 voor de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 200 voor de totale looptijd van uw verzekering

Artikel 35. Ontharen**Omschrijving:**

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 570 voor de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 570 voor de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 570 voor de totale looptijd van uw verzekering

Artikel 36. UV-B Lichtapparatuur**Omschrijving:**

wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximumvergoeding. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

Voorwaarden:

U lijdt aan ernstige psoriasis, ernstig eczeem.

Wie mag de zorg verlenen:

een dermatoloog verleent de zorg.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 640 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN**Artikel 37. Hoortoestellen****Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 300 per hoortoestel van het bedrag dat u volgens de basisverzekering moet betalen.

Artikel 38. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten tot maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

1. De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaren
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaren

Artikel 39. Pruiken of mutsja's**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden:

als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutsja.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 75 per kalenderjaren

Artikel 40. Orthopedische schoenen en aanpassingen van confectieschoenen**Omschrijving:**

de zorg omvat de aanschaf van orthopedische schoenen of aanpassingen van uw confectieschoenen. Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor:

- a. orthopedische schoenen of aanpassingen daarop, en/of
- b. aanpassingen van confectieschoenen.

Bijzonderheden:

de orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de basisverzekering.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	€ 50 per paar

Artikel 41. Allergeenvrije schoenen**Omschrijving:**

wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor allergeenvrije schoenen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	€ 50 per paar

Artikel 42. Thuisbewakingsmonitor**Omschrijving:**

de zorg omvat een thuisbewakingsmonitor.

Wij stellen een thuisbewakingsmonitor in bruikleen ter beschikking voor:

- a. een periode die in het Vergoedingenoverzicht is genoemd;
- b. een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingenoverzicht.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal 12 maanden (en verlenging van maximaal 12 maanden) gedurende de totale looptijd van uw verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 43. ADL-Hulpmiddelen

De zorg omvat ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

Algemeen:

er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Voorgestelde behandeling (voorschrift):

een ergotherapeut heeft vastgesteld welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 100 per kalenderjaar

Artikel 44. Thuisverzorgingsartikelen

De zorg omvat thuisverzorgingsartikelen. Dit zijn latex handschoenen, ketonenstrips (voor verzekerden tot 18 jaar) en een Habermanspeen (éénmalig).

Bijzonderheden:

wij vergoeden een bepaald percentage van het aankoopbedrag.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	50%
A tot Z Vijftig Plus Pakket	75%

Artikel 45. Diabetes testmaterialen

Omschrijving:

als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij de voorkeursleverancier van VGZ bestellen. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 40 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 40 per kalenderjaar

Artikel 46. Steunpessarium

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	100%
A tot Z Vijftig Plus Pakket	100%

Artikel 47. Plaswekker

Omschrijving:

vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages. De vergoeding is eenmalig voor de gehele looptijd van de verzekering.

Uw zorgaanbieder weet welke plaswekker voor vergoeding in aanmerking komt.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	Bij koop 100% eenmalig tijdens de gehele looptijd van uw verzekering Bij huur max. 4 maanden voor de gehele looptijd van de verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 48. Huur hulpmiddelen

De zorg omvat verlenging van de huurperiode voor hulpmiddelen.

Omschrijving:

Wij vergoeden de kosten voor verlenging van de huur van hulpmiddelen die u in eerste instantie vanuit uw basisverzekering hebt kunnen lenen.

Algemeen

- De uitleenperiode van deze hulpmiddelen volgens de basisverzekering is verstreken;
- Er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik, bijvoorbeeld bij een terminale situatie.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal 3 maanden per hulpmiddel buiten de vergoeding vanuit de basisverzekering
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal 3 maanden per hulpmiddel buiten de vergoeding vanuit de basisverzekering

Artikel 49. Epilepsie alarmering

De zorg omvat als middel van alarmering een bedmatje dat ernstige epilepsie (tonische/clonische) aanvallen detecteert en alarmeert.

Bijzonderheden:

Een neuroloog van een gespecialiseerd epilepsiecentrum heeft vastgesteld dat er sprake is van een zo ernstige mate van epilepsie, dat het bedmatje als alarmeringsmiddel is aangewezen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	100%
A tot Z Vijftig Plus Pakket	100%

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 50. Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

Arts, huisarts of medisch specialist. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie. Op basis van deze melding kan een vergoeding worden verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen. U moet dan natuurlijk wel verzekerd zijn voor een besnijdenis om andere redenen.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600
A tot Z Vijftig Plus Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600

Artikel 51. Ooglidcorrectie

Omschrijving:

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'omschrijving', goed zichtbaar is.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: 100% marktconform (gebruikelijk) tarief in Nederland
A tot Z Vijftig Plus Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: 100% marktconform (gebruikelijk) tarief in Nederland

Artikel 52. Sterilisatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	sterilisatie van de man: maximaal € 400; sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 53. Correctie van de oorstand (flaporen)**Omschrijving:**

de zorg omvat correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen) voor kinderen tot 18 jaar.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: 100% marktconform (gebruikelijk) tarief in Nederland
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

STOTTERTHERAPIE**Artikel 54. Stottertherapie****Omschrijving:**

- a. stottertherapie volgens de methode:
 1. Del Ferro; of
 2. B.O.M.A.; of
 3. I.N.S.
- b. pensiekosten.

Bijzonderheden:

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	€ 685 eenmalig en € 14 pensiekosten per dag
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Voor psychologische zorg geldt een budget

Artikel 55. Mindfulness bij burn-out klachten**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen:

mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Indicatie:

burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van:

Huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 56. Seksuologische zorg**Omschrijving**

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van

huisarts, bedrijfsarts

Het totale budget voor psychologische zorg:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 460 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 350 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 350 per kalenderjaar

Artikel 57. Cogmed**Omschrijving:**

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen:

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van:

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 400 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Artikel 58. Neurofeedback**Omschrijving:**

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Wie mag de zorg verlenen:

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief nodig van:

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 1.000 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

VOETBEHANDELINGEN**Artikel 59. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet****Omschrijving**

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis.
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn) klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen

1. Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
2. Een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden

1. U hebt recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
2. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.
3. De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 70 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 230 per kalenderjaar

Artikel 60. Podotherapie**Omschrijving:**

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 70 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 115 per kalenderjaar

Artikel 61. Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Wie mag de zolen leveren:

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 125 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 125 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 125 per kalenderjaar

DIËTETIEK

Artikel 62. Diëtetiek

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur dieetadviesing. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12 van onze zorgverzekering. Dan wordt de dieetadviesing voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 120 per kalenderjaar
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 120 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 120 per kalenderjaar

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor dieetadviesing zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 63. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 900 per diagnose
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 900 per diagnose
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 900 per diagnose

VERBLIJF**Artikel 64. Hospice****Omschrijving:**

verblijf in een hospice of Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een door VGZ erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio. Gaat u naar een hospice of Bijna-Thuis-Huis dat niet door VGZ is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	geen vergoeding
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 30 per dag

Artikel 65. Logeerkosten**Omschrijving:**

de zorg omvat:

- a. overnachting in een logeershuis;
- b. kosten van verblijf in een Mappa Mondo huis.

Voorbeeld

Met logeershuis bedoelen we onder andere een Ronald McDonald huis of een overblijfhuis bij een algemeen ziekenhuis of categoriaal ziekenhuis, zoals de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Bijzonderheden:

het kan zijn dat u in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld moet worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. U mag dan ook gebruik maken van het logeershuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeershuis wordt gebruikt.

Vergoeding:

- a. de overnachting van u of van uw kind in een logeershuis.
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeershuis of Mappa Mondo huis. Na ons goedkeuren mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeershuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest.

Wij vergoeden niet:

- a. de kosten die vergoed worden vanuit de AWBZ in verband met samenwerking met thuiszorg of die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB);
- b. de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende

verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor zorg of aanvullende verzekering dat is.

Algemeen:

het verblijf van u en/of maximaal twee logés ´s nachts in een logeerhuis (één kamer in totaal) wordt vergoed als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Het kan dus gaan om een poliklinische behandeling van u of uw kind, of een klinische behandeling van uw partner of kind.

Wie mag de zorg verlenen:

een logeerhuis of een Mappa Mondo huis verleent de zorg. Het logeerhuis is een niet commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- a. een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in Nederland of uw woonland; of
- b. een gecontracteerd ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	geen vergoeding
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar
A tot Z Vijftig Plus Pakket	maximaal € 200 per kalenderjaar

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 66. Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

A tot Z Jong Pakket	maximaal € 450 per kalenderjaar voor onderstaande zorg: Periodieke controle (C11) 100% Probleemgericht consult (C13) 100% Kronen, bruggen en inlays (R codes) 75% Overige mondzorg 75% Gebitsprothese (P en J codes) 75% van de wettelijke eigen bijdrage vallende onder het totaal budget mondzorg
A tot Z Gezin Pakket	maximaal € 250 per kalenderjaar voor onderstaande zorg: Periodieke controle (C11) 100% Probleemgericht consult (C13) 100% Kronen, bruggen en inlays (R codes) 100% Overige mondzorg 100% Gebitsprothese (P en J codes) 75% van de wettelijke eigen bijdrage vallende onder het totaal budget mondzorg
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (A20).
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 67. Orthodontische zorg**67.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar****Omschrijving:**

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	80% tot maximaal € 2.050 voor de hele looptijd van de verzekering
A tot Z Gezin Pakket	80% tot maximaal € 2.050 voor de hele looptijd van de verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Uitsluiting:

indien op grond van enige andere aanvullende verzekering reeds aanspraak op de vergoeding van orthodontische zorg gemaakt kan worden, vervalt de dekking zoals genoemd in dit artikel.

67.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder**Omschrijving:**

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

A tot Z Jong Pakket	80% tot maximaal € 350 voor de hele looptijd van de verzekering
A tot Z Gezin Pakket	80% tot maximaal € 350 voor de hele looptijd van de verzekering
A tot Z Vijftig Plus Pakket	geen vergoeding

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2016 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

III. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

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

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

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

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

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

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

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

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Nedasco, is vermeld.

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

VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt VGZ aangeduid met 'wij' en 'ons'.

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

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

Zorghotel: een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.