Wijziging op de polisvoorwaarden van de basisverzekering(en) van Zilveren Kruis per 1 januari 2020

Door middel van dit document brengen we een wijziging aan op de polisvoorwaarden voor 2020 t.a.v. artikel B.21 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering(en)'

B.21 Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden voor het recht op zorg

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

Dit artikel komt te vervallen.

944201-2001

Voorwaarden basisverzekering en aanvullende verzekeringen

Ingangsdatum 1 januari 2020

Optimaal

Zilveren Kruis

Dit zijn de voorwaarden van de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis

Welke basisverzekering en aanvullende verzekeringen bieden wij aan?

Als basisverzekering bieden wij de Basis Zeker (naturaverzekering) aan. Daarnaast bieden wij de volgende aanvullende verzekeringen aan:

- Optimaal Aanvullend 1, 2 of 3
- Aanvullend Tand 1 of 2 sterren

Deze polisvoorwaarden zijn op al deze verzekeringen van toepassing. Wilt u weten welke verzekeringen u heeft afgesloten? Kijk dan op uw polisblad.

De overheid bepaalt de inhoud van onze basisverzekering

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners

Bij een naturaverzekering heeft u recht op zorg, medicijnen of hulpmiddelen (in “natura”). Het hebben van een naturaverzekering heeft verder gevolgen voor de hoogte van de vergoeding als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, instelling of leverancier gaat. Meer over deze lagere vergoeding en gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners, instellingen en leveranciers leest u in artikel A.4.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners, zorginstellingen en leveranciers contracten afgesloten. Wat zijn de voordelen als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat?

- De gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekening direct naar ons. U merkt hier dus niets van.
- Ongeacht de polis die u heeft, wordt de rekening volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft. Het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen worden op de vergoeding in mindering gebracht.
- De gecontracteerde zorgverleners voldoen aan de door ons gestelde kwaliteitseisen.

Hoe zit het met gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekeringen?

Voor de aanvullende verzekeringen geldt dat u recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Toch kan het voor de aanvullende verzekering zo zijn dat u een lagere vergoeding krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als dit zo is, staat dit bij het artikel in het hoofdstuk D: ‘Vergoedingen aanvullende verzekeringen’ beschreven. In dat geval staat er ook bij hoe hoog deze lagere vergoeding is. Ook kan het in de aanvullende verzekering zo zijn dat wij de zorg alléén vergoeden als deze door ons gecontracteerde zorgverleners wordt verleend. U krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan niets vergoed. Ook dit staat dan
beschreven in deze voorwaarden.

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Het is dus belangrijk om te weten met welke zorgverleners wij wel of geen contract hebben. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

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

De voorwaarden zijn, als volgt, ingedeeld:

- het alfabetisch overzicht van de verzekerde zorg;
- de Algemene voorwaarden basisverzekering (algemene informatie over de basisverzekering, zoals de premie, het eigen risico en waar u zich aan moet houden);
- de ‘Verzekerde zorg basisverzekering’ (op welke zorg u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn);
- de ‘Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen’;
- de ‘Vergoedingen aanvullende verzekeringen’.

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit uw basisverzekering en/of uw aanvullende verzekering(en). De verzekerde zorg van de basisverzekering vindt u op pagina 22 t/m 48. De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u op pagina 52 t/m 76.

Let op! Het kan zijn dat uw zorg uit zowel de basisverzekering als uw aanvullende verzekering vergoed wordt. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om de totale vergoeding te vinden. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming telefonisch of online bij ons aanvragen. Voor meer informatie over toestemming kunt u terecht op onze website of kunt u contact met ons opnemen.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering kent voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2020 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

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

In artikel A.6 leest u meer over het verplicht eigen risico (zie pag. 10).

Let op!

- De items in deze inhoudsopgave zijn klikbaar. U kunt zo gemakkelijk naar het gewenste hoofdstuk of artikel klikken.
- Sommige vergoedingen zijn zowel in de Basisverzekering als in de Aanvullende verzekeringen opgenomen.

Inhoudsopgave

A: Algemene voorwaarden basisverzekering

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

B: Verzekerde zorg basisverzekering

Botten, spieren en gewrichten 22
B.1 Ergotherapie 22
B.2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus 22

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 23
B.3 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 23

Hulpmiddelen 26
B.4 Hulpmiddelen 26

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten 26
B.5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten 26

Mond en tanden (mondzorg) 28
B.6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen 28
B.7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar 28
B.8 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar 29
B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie 29
B.10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten 29
B.11 Implantaten 30
B.12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap 30
B.13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen 31

Ogen en oren 31
B.14 Audiologisch centrum 31
B.15 Zintuiglijke gehandicaptenzorg 32

Psychische zorg 33
B.16 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder 33
B.17 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ) 33
B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder 34

Spreken en lezen 34
B.19 Logopedie 34

Vervoer 35
B.20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer 35

Ziekenhuis, behandeling en verpleging 36
B.21 Astmacentrum in Davos (Zwitserland) 36
B.22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering 36
B.23 Mechanische beademing 37
B.24 Thuisdialyse 37
B.25 Transplantaties van organen en weefsels 37
B.26 Plastische chirurgie 38
B.27 Revalidatie 38
B.28 Second opinion 39
B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) 40
B.30 Eerstelijns verblijf 41
B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf 41

Zwanger (worden)/baby/kind 42
B.32 Bevalling en verloskundige zorg 42
B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitrificatie 43
B.34 Kraamzorg 45
B.35 Oncologieonderzoek bij kinderen 45
B.36 Prenatale screening 45

Overig 45
B.37 Diëtetiek 45
B.38 Gecombineerde leefstijlinterventie 46
B.39 Huisartsenzorg 46
B.40 Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM 47
B.41 Stoppen-met-rokenprogramma 47
B.42 Trombosedienst 47
B.43 Geneeskundige zorg door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten 48

C: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af? 49
C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering? 49
C.3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico? 50
C.4 Wat betaalt u? 50
C.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen? 50
C.6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze? 50
C.7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering? 51
C.8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering? 51
C.9 Hoe gaan wij om met materiële controle? 51
C.10 Begripsbepalingen 51

D: Vergoedingen aanvullende verzekeringen

Vergoedingen Optimaal aanvullend 1, 2 en 3 52

Alternatief 52
D.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen 52

Botten, spieren en gewrichten 53
D.2 Ergotherapie 53
D.3 Beweegprogramma's 53
D.4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma 54
D.5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische-, medische voet 54
D.6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport) steunzolen 55

Buitenland 56
D.7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring) 56
D.8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in buitenland 56
D.9 Zorg in het buitenland 57

Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck 58
D.10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 58

Huid 60
D.11 Huidverzorging 60

Hulpmiddelen 61
D.12 Hulpmiddelen 61

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten 62
D.13 Farmaceutische zorg 62

Mond en tanden (mondzorg) 64
D.14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar 64
D.15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten) 64
D.16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 64
D.17 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten 64
D.18 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 65

Ogen en oren 65
D.19 Hoortoestellen 65
D.20 Onderhoud hoortoestel 65
D.21 Brillen en contactlenzen 65
D.22 Ooglaseren en lensimplantatie 66
D.23 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak) 66

Vervoer 67
D.24 Eigen bijdrage vervoerskosten 67

Ziekenhuis, behandeling en verpleging 67
D.25 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling 67
D.26 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus 67
D.27 Sterilisatie 68
D.28 Tweede Arts Online 68

Zwanger (worden)/baby/kind 68
D.29 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg 68
D.30 Borstkolfapparaat 68
D.31 Kraampakket 69
D.32 Kraamzorg 69
D.33 Lactatiekundige zorg 69
D.34 TENS bij bevalling 69
D.35 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger" 70
D.36 Zwangerschapscursus 70

Overig 70
D.37 Eigen bijdrage Wmo en Wlz 70
D.38 Hospice 70
D.39 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL-uitval na medisch noodzakelijke ingreep 71
D.40 Preventie 71
D.41 Hulp bij mantelzorg 74
D.42 Sportmedische onderzoeken sportarts 74
D.43 Terminale zorg door vrijwilligers thuis 75

E: Vergoedingen Aanvullend Tand 1 en 2 sterren

A: Algemene voorwaarden basisverzekering

A.1 Waarop zijn de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:
a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

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

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg
Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

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

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

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:
a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

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

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

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

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

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:
a een gewapend conflict;
b een burgeroorlog;
c een opstand;
d binnenlandse onlusten;
e oproer en muiterij.

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

3.2 Keuring, griepprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen
U heeft geen recht op:
a keuringen;
b griepprikken;
c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
e behandelingen met sterilisatie als doel;
f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
h het afgeven van doktersverklaringen.

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

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt
U heeft geen recht op zorg, als u:
• zorgafspraken niet nakomt;
• hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

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

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

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

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

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

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

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

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

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

4.2 Gecontracteerde zorgverleners
Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Omzetplafonds
1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners.
Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3 Via de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgverkenner te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2020, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2020 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2020. Houdt u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners
Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding.

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

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)
U heeft een naturapolis. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht
Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen A.4.3.1 en A.4.3.2 niet. Het gaat om:
a spoedeisende zorg;
b verloskunde;
c behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
d behandelingen waarvoor u door uw behandeld specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
e zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
f behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
g vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel A.15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

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

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft
U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:
- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

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

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

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

5.2 Algemene verplichtingen

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

a Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
- rijbewijs;
- paspoort;
- Nederlandse identiteitskaart;
- vreemdelingendocument.

b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.

c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.

d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.

e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.

f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.

g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.

b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

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

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

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

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

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

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

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

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

Let op! Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2020 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

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

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico
Wij houden geen verplicht eigen risico in op:
a de kosten van zorg of overige diensten die in 2020 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2021 ontvangen, tenzij het aan u te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend;
b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. De volgende zorg vormt hierop een uitzondering:
- de kosten van zorg die samenhangt met de zorg die huisartsen plegen te bieden, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- zorg zoals huisartsen plegen te bieden maar die op grond van artikel B.43 wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten.

c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
f de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
g de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
h de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel B.29.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld
Van het verplicht eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:
a de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
b de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel B.41. Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
c de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de landelijke coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf en die aan verzekerden worden doorbelast.

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

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

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

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

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

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

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

A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het 'Premieoverzicht 2020' op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

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

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

a de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld. Daarnaast is ook uitgezonderd de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden maar die op grond van artikel B.43 wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten;

b de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

c de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:

1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling.
Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;

d nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;

e de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

f ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

g de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel B.29.

7.4 Vrijwillig gekozen eigen risico is vrijgesteld

Van het vrijwillig gekozen eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

a de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;

b de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel B.41. Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;

c de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de landelijke coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf en die aan verzekerden worden doorbelast.

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

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

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

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

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

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

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

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

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

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

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

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

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

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

A.8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast
8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

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

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

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt
Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via betaalmail of een automatische incasso betaalt:
a premie;
b verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
c wettelijke eigen bijdragen;
d eigen betalingen;
e eventuele overige vorderingen.

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

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd
U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

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

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico met zorgkosten en pgb
Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen, en declareert u zorgkosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie en/of eigen risico met de zorgkosten. Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico ook met uw declaraties uit uw Zvw-pgb.

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

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

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

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

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

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald
Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:
a dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
b dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;

c dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.

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

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

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

a de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én

b de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a de verschuldigde premie;

b de vordering op grond van zorgkostennota's;

c de wettelijke rente;

d eventuele incassokosten;

e eventuele proceskosten.

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

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

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

a de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;

b de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;

c een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

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

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

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

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

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

A.12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

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

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

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

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

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

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

A.13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen
U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. U kunt dit doen per brief, e-mail, telefonisch of via Mijn Zilveren Kruis op onze website. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

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

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

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

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:
a met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
b op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
c als u militair in werkelijke dienst wordt;
d bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel A.20 van deze algemene voorwaarden basisverzekering;
e bij overlijden;

f als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
g als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

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

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving
Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet
14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

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

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

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

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is
Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:
a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;
b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.
De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

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

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

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

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

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

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

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden
U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

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

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

18.2 Wat doen wij met uw klacht?
Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk
Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

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

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

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

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

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

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:
a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
c om producten en diensten te verbeteren;
d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
f om risico's in te schatten;
g voor relatiebeheer;
h om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacystatement, te raadplegen op www.zilverenkruis.nl

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:
- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op www.zilverenkruis.nl.

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

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

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

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?
U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

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

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:
a een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
b vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
c een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
d feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

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

20.3 Andere gevolgen van fraude
Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:
a aangifte doen bij de politie;
b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.21 Begripsbepalingen

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

Apotheek
Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.
Arts
Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Basisverzekering
De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.
Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Bewijs van diagnose
Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kan geven, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.
Bureau Jeugdzorg
Een bureau als bedoeld in artikel 10 van de Jeugdwet (Jw).
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
Centrum voor erfelijkheidsonderzoek
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
Contract met preferentiebeleid
Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.
Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc)
Een dbc beschrijft, door middel van een dbc-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.
Diëtist
Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
Eerstelijns verblijf
Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, psychologische zorg of paramedische zorg. De instelling moet een formeel vereiste toelating voor de levering van eerstelijns verblijf hebben en moet aantoonbaar voldoen aan alle voorwaarden daarvoor (tenzij de wet dit niet meer vraagt).
Ergotherapeut
Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
EU- en EER-staat
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
Farmaceutische zorg
Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:
a de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.
Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
Geboortecentrum
Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.
Generalistische Basis GGZ
Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. In het kwaliteitsstatuut GGZ wordt bepaald wie als regiebehandelaar voor deze zorg mag optreden.
Geriatrisch fysiotherapeut
Een geriatrisch fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. In het kwaliteitsstatuut GGZ wordt bepaald wie als regiebehandelaar voor deze zorg mag optreden.
Gespecialiseerde verpleging
Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgverlener buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie.
Gezin
Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.
Gezondheidszorgpsycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
GGZ-instelling
Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.
Huidtherapeut
Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Huisarts
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.
Hulpmiddelenzorg
De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
IDEA-contract
IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts
Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.
Kaakchirurg
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).
Kalenderjaar
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
Ketenzorg
Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.
Kinder- en jeugdpsycholoog
Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
Kinderfysiotherapeut
Een kinderfysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Kinderoefentherapeut
Een kinderoefentherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook is ingeschreven in het door de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) en Zorgverzekeraars Nederland aangewezen register.
Klinisch psycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Kraamcentrum
Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.
Kraamzorg
De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.
Logopedist
Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
Mantelzorg
Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.
Manueel therapeut
Een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Medisch adviseur
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist
Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).
Mondhygiënist
Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).
Multidisciplinaire samenwerking
Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
Oedeemtherapeut
Een oedeemtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck
Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
Opname
Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.
Optometrist
Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Orthodontist
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).
Orthopedagoog-generalist
Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
Pedicure
De mbo-opgeleide professional in paramedische voetzorg, die in het bezit is van een Rijkserkend diploma.
Podotherapeut
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Polisblad
De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.
Preferente geneesmiddelen
De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.
Privékliniek
Een privékliniek is een behandelcentrum zonder een formeel vereiste toelating voor de levering van medisch specialistische zorg
Psychiater
Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).
Psychotherapeut
Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Regiebehandelaar
De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.
Revalidatie
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
Specialist ouderengeneeskunde
Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
Spoedeisende zorg
Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis en/of de medisch adviseurs van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.
Tandarts
Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Tandprotheticus
Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
Tertiaire verwijzing
Een patiënt wordt voor zijn zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.
U/uw
De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.
Uitsluitingen
Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.
Verblijf
Opname met een duur van 24 uur of langer.
Verdragsland
Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.
Verloskundige
Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Verwijzing/Verklaring
Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig.
Verzekerde
Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.
Wet BIG
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
Wij/ons
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V..
Wijkverpleegkundige
Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).
Wlz
Wet langdurige zorg.
Wmo
Wet maatschappelijke ondersteuning.
Zelfstandig behandelcentrum (zbc)
Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
Ziekenhuis
Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
Zorggroep
Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.
Zorgverlener
De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 06088185 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000646.
Zorgvraag
De klacht waarmee de verzekerde zich in eerste instantie wendt tot de specialist (=hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als één zorgvraag.

B: Verzekerde zorg basisverzekering

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor het recht op deze zorg. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

Botten, spieren en gewrichten

B.1 Ergotherapie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op toeslagen voor:
a afspraken buiten reguliere werktijden;
b niet-nagekomen afspraken;
c rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut

Let op! Wilt u zorg van een ergotherapeut met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een ergotherapeut die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ergotherapeuten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

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

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

Zorgprofiel 1:
1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek door een podotherapeut.

Zorgprofiel 2:
- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut;
- controle afspraken;
- educatie en stimuleren van zelfmanagement;
- preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen, deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 3:
- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut;
- toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door een podotherapeut;
- preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren.

Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 4:
- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut;
- toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutisch controle consult door podotherapeut;
- preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

De voetzorg waar u volgens deze polis recht op heeft, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel B.40.

Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus
1 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
- De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen. De pedicure werkt onderaannemerschap voor de podotherapeut. Een pedicure is:
  - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'(DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP);
  - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
  - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch Voetzorgverleners van KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg). De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.

2 U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
3 Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op:
a voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u diabetes mellitus heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel B.40 Ketenzorg);
b hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen;
c voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u Zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering;
d voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder Huisartsenzorg (zie artikel B.39 Huisartsenzorg).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.3 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

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

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

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck
1 Voor u start met de behandeling heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
- kinderfysio- en oefentherapie
- bekkenfysio- en oefentherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.
3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op:
a de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
b een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
c zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
d toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

e verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

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

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

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

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1 Wordt u behandeld voor een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u voor u start met de behandeling een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering.

2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
- kinderfysio- en oefentherapie
- bekkenfysio- en oefentherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
c toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
b toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op een traject van ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Heeft u na afronding van een traject van begeleide oefentherapie bij etalagebenen hiervoor opnieuw enkele behandelingen nodig? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend. Samen met uw aanvraag moet u een gemotiveerde verklaring van uw fysiotherapeut overleggen waaruit de medische noodzaak voor extra behandelingen blijkt. Op onze website vindt u een hiervoor een formulier dat u kunt laten invullen door uw fysiotherapeut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel A.3.1;
b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
c toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

d verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht ? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
b toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.6 Fysiotherapie in verband met chronic obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van COPD stadium II of hoger van de GOLD-Classificatie? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u in de eerste 12 maanden, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:
- 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A
- 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B
- 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D

Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:
- 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B
- 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op:
a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
b toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hulpmiddelen

B.4 Hulpmiddelen

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen
De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel A.2.1.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel B.31.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

B.5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

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

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

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

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en

d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage
Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

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

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

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

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

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar.
Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek
Let op! Ontvangt u farmaceutisch zorg van een apotheek met wie wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een apotheek die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.6 tot en met B.13) gaan wij hierop in.

B.6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.
N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
b beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
c beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

B.7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:
a periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
b incidenteel tandheelkundig consult;
c het verwijderen van tandsteen;
d maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
e sealing (afdichten groeven van kiezen);
f parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
g anesthesie (verdoving);
h endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
i restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
j gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
k uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
l chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten en autotransplantaten vallen niet onder deze zorg;
m röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

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

1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
3 U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.6). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
4 Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel B.6, B.8, B.11, B.12 of B13? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
5 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
b orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel B.6, niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
c implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel B.8 of artikel B.13 of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden.
d autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).
e een therapeutische injectie met botox (G44).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.
N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.8 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel B.31.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1 Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3 Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
- extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
- correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
- osteotomie (kaakoperatie);
- kinplastiek als zelfstandige verrichting;
- pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
- het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
- plastische chirurgie.

4 Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a parodontale chirurgie;
b het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
c een ongecompliceerde extractie;
d autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende prothesen:
a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
b een uitneembare volledige immediaatprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
c een uitneembare volledige noodprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
d een uitneembare volledige vervangingsprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
e een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
f een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%.

Laat u een volledige prothese (a t/m f) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.
Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

1 Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
3 Als de protheses genoemd onder a, b, d en e binnen 5 jaar of een noodprothese (c) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4 Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5 Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
6 U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.11 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit).

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

Voorwaarden voor het recht op implantaten

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

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.13.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4 Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
5 Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.11.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

B.14 Audiologisch centrum

14.1 Gehoorproblemen
Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:
a onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
b u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
c u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
d psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum
U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum
U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.15 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

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

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

a een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
b een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
c niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

1 Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.
2 Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysicus audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

U heeft geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11*), als:

- het gaat om een heraanmelding;
- er geen wijziging in de ZG-stoornis heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een verandering in medische situatie en/ of persoonlijke situatie waardoor hernieuwde behandeling vanuit de basisverzekering noodzakelijk is;
- de ZG zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag (hulpvragen) beantwoordt kunnen worden binnen zorgprogramma 11;
- de ZG zorgverlener de huisarts schriftelijk informeert over het gelopen traject. De huisarts documenteert de informatie in het dossier.

* Zorgprogramma 11: dit zorgprogramma is onder meer bestemd voor mensen die al eerder behandeling en/of training hebben ontvangen en zich opnieuw melden ('verkorte route'). Ook volwassenen die voor het (eerst) geconfronteerd worden met een verandering in hun visuele functioneren (bijvoorbeeld Retina Pigmentosa) en een hulpvraag hebben veelal gericht op het optimaal gebruik van de restvisus, kunnen gebruik maken van zorgprogramma 11, evenals ouderen (55+) met een verworven visuele beperking en gerichte vragen om de zelfstandigheid te behouden. De aandoening is bekend, het visueel functioneren is in beeld, en de cliënt meldt zich met één of twee gerichte hulpvragen. Deze hulpvragen zijn gericht op het leren compenseren van de beperking en/of het optimaal gebruik van de restvisus met als doel het behouden van de zelfstandigheid. Meestal kan de zorgvraag binnen 10 uur worden beantwoord.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Psychische zorg

B.16 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek? Dan heeft u recht op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

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

Voorwaarden voor het recht op basis GGZ

1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ.
3 De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
4 Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5 Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Let op! Uw behandelaar mag in principe één prestatie Basis GGZ per jaar voor u openen. Uw behandelaar mag alleen nog een prestatie binnen hetzelfde jaar openen als u een terugval heeft of als u zich tegen de verwachting in opnieuw aanmeldt met dezelfde of andere klachten nadat de voorgaande behandeling al is afgerond.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.17 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op niet-klinische gespecialiseerde GGZ

1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ.
3 De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
4 Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5 Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:
a gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel B.17;
b uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
c paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

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

Voorwaarden voor het recht op psychiatrisch ziekenhuisverblijf
1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de GGZ-instelling.
3 De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
4 Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5 Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
6 Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft onder andere geen recht op:
a behandeling van aanpassingsstoornissen;
b hulp bij werk- en relatieproblemen;
c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
d psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?
Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:
a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
b niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
c eerstelijns verblijf.

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

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten
Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: www.zk.nl/machtigingggz. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Spreken en lezen

B.19 Logopedie

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

Voorwaarde voor het recht op zorg
Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op logopedie gegeven door een door ons gecontracteerde logopedist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op:
a behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
b toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Vervoer

B.20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

20.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg:

a van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;

b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);

c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;

d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;

e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;

f naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1 Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.

2 Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

3 U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

20.2 Zittend ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,32 per kilometer bij vervoer per eigen auto.

U heeft recht op:

a zittend ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
- u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u bent visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
- u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
- u bent aangewezen op geriatrische revalidatie;
- u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid.

b wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op zittend ziekenvervoer:
- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

c vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op www.zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoek of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 105,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is.
2 Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5 U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer

Heeft u recht op zittend ziekenvervoer en reist u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 75,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer:

1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
2 Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op zittend ziekenvervoer, met uitzondering van de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag, voor die periode te vervallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde vervoerder

Let op! Wilt u zich laten vervoeren door een vervoerder met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een vervoerder die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke vervoerders wij een contract hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

B.21 Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden voor het recht op zorg

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

B.22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u hier recht op in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:
a onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
b chromosoomonderzoek;
c biochemische diagnostiek;
d ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
e erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.
Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor het recht op erfelijkheidsonderzoek en -advisering

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Let op! Wilt zich laten onderzoeken en adviseren in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een centrum dat wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.23 Mechanische beademing

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

Mechanische beademing thuis

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

a stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;

b levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor het recht op mechanische beademing

U moet zijn doorwezen door een longarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.24 Thuisdialyse

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

a de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;

b overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

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

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel B.31.

B.25 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

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

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

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

a kiezen van de donor;

b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;

c onderzoeken, preserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;

b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;

c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:
a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
c de volgende aangeboren misvormingen:
- lip-, kaak- en gehemeltespleten;
- misvormingen van het benig aangezicht;
- goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
- geboortevlekken of
- misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

d verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
e de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
- verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
- onbehandelbare smetten in huidplooien;
- een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);

f primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
g agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel B.31.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit arikel) geen recht op heeft
1 Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
a het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
b het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
c liposuctie van de buik;
d behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2 U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch specialistische revalidatie
Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:
a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.
Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?
Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:
a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
b eerstelijns verblijf.
Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten
Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:
• de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
• het doorlopen voortraject;
Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht
U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie
1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Second opinion
Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.

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

1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.

b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient in de thuissituatie gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.

2 Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.

3 Bij palliatieve terminale zorg heeft de behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.

4 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.34;

b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

c u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
- de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
- het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.30 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

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

2 Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.

3 Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.

4 De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;

b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;

c wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;

b verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.31 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

a een ziekenhuis;

b een zelfstandig behandelcentrum of

c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via www.agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.

2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

3 Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.

4 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.

5 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
6 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van 'B: Verzekerde zorg basisverzekering' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.
Het gaat om de volgende artikelen:
Artikel B.9 Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel B. 14 Audiologisch centrum
Artikel B. 18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel B. 21 Astmacentrum in Davos
Artikel B. 22 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel B. 23 Mechanische beademing
Artikel B. 24 Thuisdialyse
Artikel B. 25 Transplantaties van organen en weefsels
Artikel B. 26 Plastische chirurgie
Artikel B. 27 Revalidatie
Artikel B. 32 Bevalling en verloskundige zorg
Artikel B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel B. 35 Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel B. 42 Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op:
a medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
b behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
c behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
d behandelingen met sterilisatie als doel;
e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.17 en B.18 over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht
Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:
a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
c eerstelijns verblijf.
Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Zwanger (worden)/baby/kind

B.32 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (32.1) en geen medische indicatie (32.2).

32.1 Met medische indicatie
Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:
a verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
b het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

32.2 Zonder medische indicatie
Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:
a het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 36,- per verblijfsdag (€ 18,- voor de moeder en € 18,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 255,- per dag (€ 127,50 voor de moeder en € 127,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 36,- ook het bedrag dat boven de € 255,- per dag uitkomt;
b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

Voorbeeld: Wij vergoeden maximaal € 219,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 255,- (of een hoger bedrag) -/- € 36,- (eigen bijdrage) = maximaal € 219,- per dag voor moeder én kind. NB Geboortecentra brengen vaak maar één dag in rekening.

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.33 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitrificatie

U heeft recht op IVF- of ICSI (33.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (33.2), sperma invriezen (33.3) en eicelvitrificatie (33.4).

33.1 IVF of ICSI
Wilt u een IVF- of ICSI behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. De 3 pogingen zijn voor IVF- en ICSI-behandelingen samen.

Wat wordt verstaan onder een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap
Een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:
a rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
b het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
c eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
d terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

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

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap
Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:
a fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
b zwangerschap na een IVF- of ICSI behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF en ICSI
1 De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2 Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.
3 Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft
U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF- of ICSI poging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

33.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen
Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen
Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:
1 Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

33.3 Sperma invriezen

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

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:
a een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
b een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

33.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:
a u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
b u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
c u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

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

Bij deze medische indicaties heeft u recht op de volgende onderdelen van de behandeling:
a follikelstimulatie;
b eicelpunctie;
c invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF- of ICSI gebonden indicatie

Tijdens een IVF- of ICSI poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op invriezen. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:
a er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
b er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

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

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF- of ICSI poging (zie artikel B.33.1).

Let op! Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor het recht op invriezen

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.34 Kraamzorg

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

Kraamzorg kan plaatsvinden:

a **thuis**
Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,50 per uur. Kraamzorg thuis wordt ook vergoed aan de voogd van de pasgeborene na adoptie of als de moeder is overleden tijdens of vlak na de bevalling.

b **geboorte- of kraamcentrum**
Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 4,50 per uur. U heeft recht op maximaal 4 ligdagen. Voor de resterende geïndiceerde kraamzorguren is er recht op kraamzorg thuis.

c **in het ziekenhuis**
Bevalt u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 36,- per (verblijf) dag (€ 18,- voor de moeder en € 18,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 255,- per dag (€ 127,50 voor de moeder en € 127,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 36,- ook het bedrag dat boven de € 255,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de moeder en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat deze 10 dagen verstreken zijn, dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

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

B.35 Oncologieonderzoek bij kinderen

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

B.36 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op:

a counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;

b het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 wekenecho genoemd;

c de combinatietest (nekplooimeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. U heeft alleen recht op deze zorg, als een huisarts, verloskundige of medisch specialist u op basis van een medische indicatie heeft doorverwezen;

d de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze test, als u een medische indicatie of een positieve combinatietest heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test;

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

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

Voorwaarde voor het recht op prenatale screening

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Overig

B.37 Diëtetiek

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a afspraken buiten reguliere werktijden;

b niet-nagekomen afspraken;

c rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Wilt u zorg van een diëtist met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een diëtist die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.38 Gecombineerde leefstijlinterventie

Heeft u een risicoprofiel vanaf matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd Gewichtsgerelateerd GezondheidsRisico (GGR) volgens de Zorgstandaard Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

De GLI is een programma gericht op het veranderen van uw gedrag. Hierbij krijgt u begeleiding bij het verbeteren van uw eetgewoontes, het verhogen van uw bewegingsactiviteit en het vasthouden van deze gewoontes als duurzame gedragsverandering. Dit programma heeft een duur van 2 jaar.

Voorwaarden voor het recht op GLI

1 U moet 18 jaar of ouder zijn. Bent u 16 of 17 jaar oud? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie als uw huisarts deze zorg voor u passend acht.
2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
3 Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts zijn vastgesteld. Deze risico's zijn uitgewerkt in de Zorgstandaard Obesitas van PON.
4 De zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd in het kwaliteitsregister Loket Gezond Leven.
5 De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van HBO-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in één van de volgende registers:
a het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
b het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van de stichting Keurmerk Fysiotherapie;
c of, in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op GLI wanneer uw GGR volgens de Zorgstandaard Obesitas door de huisarts is ingeschat als een licht verhoogd.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wij hebben voor GLI zorggroepen gecontracteerd, die samenwerken met zorgverleners die de effectieve GLI aanbieden. Werkt uw zorgverlener in opdracht van de zorggroep? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed. De zorggroep declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons; de zorgverlener declareert zijn kosten bij de zorggroep.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract voor GLI hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! GLI is een nieuwe zorgoplossing, die ook nog niet eerder op deze manier door zorgverleners aangeboden is. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraagformulier niet-gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de naam en verwijsbrief van de huisarts waarop staat dat u een matig, sterk of extreem verhoogd GGR heeft;
- de naam en de AGB-code van de zorgverlener, die het GLI programma begeleidt;
- de naam van het GLI programma.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

B.39 Huisartsenzorg

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.40 Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

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

Recht op ketenzorg bij niet-gecontracteerde zorggroep

Let op! Maakt u gebruik van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorggroep die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Of is uw zorgverlener niet aangesloten bij een zorggroep? Dan heeft u alleen recht op de zorg zoals medisch specialisten, diëtisten en huisartsen die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel B.31, B.37 en B.39. Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel B.2.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

B.41 Stoppen-met-rokenprogramma

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

Voorwaarden voor het recht op een stoppen-met-rokenprogramma

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
2 Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
3 Het programma moet zijn opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de Zorgmodule 'Stoppen met Roken', en voldoen aan de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.42 Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan heeft u recht op zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:
a regelmatig bloedmonsters afneemt;
b de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook door een ander laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk;
c apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten;
d u opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen;
e u adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor het recht op zorg van een trombosedienst

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige (ingeval van een zwangerschap of bevalling), specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.43 Geneeskundige zorg door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten

Naast de geneeskundige zorg verleend door een huisarts (artikel B.39), heeft u ook recht op geneeskundige zorg verleend door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Daarnaast heeft u recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek als dat wordt aangevraagd door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

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

Voorwaarde voor het recht op geneeskundige zorg door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten
U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

C: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Optimaal Aanvullend 1 inclusief Aanvullend Tand 1, Optimaal Aanvullend 2 inclusief Aanvullend Tand 1 en Optimaal Aanvullend 3 inclusief Aanvullend Tand 2. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel.

Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;

b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;

c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme
Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen
Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:
- de basisverzekering;
- de aanvullend tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering.

C.3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?
Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

C.4 Wat betaalt u?
4.1 Hoogte van uw premie
Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering. Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt
Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

C.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?
5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen
Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen
Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Dan kunt u dit binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt per brief, e-mail of telefonisch aan ons doorgeven. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk
In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:
- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

C.6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?
6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari
U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende basisverzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan.

6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen
Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembare volledige gebitsprothese laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende tandartsverzekering? Dan heeft u het recht om uw aanvullende tandartsverzekering te wijzigen of te beëindigen. Dan gaat de wijziging in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging/beëindiging hebben ontvangen.

C.7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

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

a Per brief, e-mail of telefonisch. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.

b Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

C.8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen wij als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd op een door ons te bepalen tijdstip. Dit doen wij als de collectiviteit is opgezegd of u niet meer voldoet aan de voorwaarden tot deelname aan de collectiviteit.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren.

b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.

c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van basisverzekeringen.

Let op! Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

C.9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

C.10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende verzekering
De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering. Dit zijn:
- de aanvullend tandartsverzekering ;
- de aanvullende verzekering.

Ongeval
Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons
Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar
Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

D: Vergoedingen aanvullende verzekeringen

Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in deze aanvullende verzekeringen is opgenomen. Bij iedere vorm van zorg is aangegeven welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

Vergoedingen Optimaal Aanvullend 1, 2 en 3

Alternatief

D.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten die wij vergoeden zijn:

Alternatief algemeen
a acupunctuur
b APS-therapie
c ayurvedische geneeskunde
d craniosacrale therapie
e homeopathie
f kinesiologie
g mesologie
h natuurgeneeswijzen
i neuraaltherapie
j orthomoleculaire geneeskunde
k reflexzonetherapie
l shiatsu therapie

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)
a chiropractie
b haptotherapie
c manuele geneeskunde/ orthomanipulatie
d neuromusculaire therapie
e orthopedische geneeskunde
f osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)
a gestalttherapie
b haptotherapie
c hypno- en regressietherapie
d integratieve en/of lichaamsgerichte therapie
e vaktherapie

Antroposofische geneeskunde
a antroposofische geneeskunde door een antroposofisch arts
b euritmietherapie
c kunstzinnige therapie
d psychische hulpverlening

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Uw alternatief genezer of therapeut moet een geldige persoonlijke AGB-code hebben en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.
2 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de alternatief genezer of therapeut staan én bij welke beroepsvereniging de alternatief genezers of therapeut is aangesloten.
3 Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
4 Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.
5 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel in Nederland geregistreerd zijn en staan in de G-standaard van de Z-index. De G-standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek. De G-standaard is een dynamische lijst die gedurende het jaar aangepast kan worden. De vergoeding kan dan ook gedurende het jaar wijzigen als de registratie wordt aangepast.
6 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.
7 Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen alleen als een arts deze heeft voorgeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is;
b (laboratorium)onderzoek;
c manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
d behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
e werk- of schoolgerelateerde coaching;
f zorg die uit een ander artikel wordt vergoed.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen
Optimaal Aanvullend 3
homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen

Botten, spieren en gewrichten

D.2 Ergotherapie

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut
Let op! Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
2 uur per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
2 uur per persoon per kalenderjaar

D.3 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:
a als u revalideert van voormalig hartfalen;
b als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het ReumaNederland die heeft bepaald);
c als u diabetes type 2 heeft;
d als u COPD heeft in stadium I of II van de Gold-Classificatie;
e als u een oncologische aandoening heeft of hiervan aan het herstellen bent.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! U moet het beweegprogramma volgen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij hiervoor niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij hiervoor een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 425,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 425,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 425,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarde voor vergoeding

1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege de medische indicatie reuma.
2 De oefentherapie moet plaatsvinden in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut/oefentherapeut Cesar/Mensendieck en/of een reumapatiëntenvereniging.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

D.5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische-, medische voet

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een reumatische voet (5.1), een diabetische voet (5.2) of een medische voet (5.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Pedicurezorg bij een reumatische voet

Heeft u een reumatische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
- artritis bij darmziekten
- artritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis)
- Bechterew (Ziekte van)
- chondrocalcinosis
- jeugdreuma
- chronische jicht aan de voet(en)
- paget (botziekte)
- polyneuropathie Chronische reactieve artritis
- reumatoide artritis
- sclerodermie
- ziekte van Still (jeugdreuma)
- ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen.

2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
3 Gaat het om een (pedicure-)chiropodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
4 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de pedicure staan én dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
5 Bij een reumatische voet moet uit de nota blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type medische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:
a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
b het knippen van nagels zonder medische reden.

5.2 Pedicurezorg bij een diabetische voet

Heeft u een diabetische voet met zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
2 De pedicure moet ingeschreven staan in één van de volgende registers:
- het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) of als medisch pedicure (MP).
- het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).

3 Gaat het om een (pedicure-)chiropodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
4 Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota de geldige persoonlijke AGB-code van de pedicure staan én dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert, het KMV van KABIZ of in het RPV van Stipezo.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:
a voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering');
b behandelingen, vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering');
c het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
d het knippen van nagels zonder medische reden.

5.3 Pedicurezorg bij een medische voet
Heeft u een medische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, pedicure-chiropodist of pedicure in de zorg. U heeft een medische voet als er sprake is van 1 van onderstaande aandoeningen. En er medische klachten ontstaan als u niet behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
- perifere neuropathie
- HMSN
- parese voet (bijvoorbeeld door CVA)
- dwarslaesie
- Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie
- arteriosclerose obliterans
- chronische trombophlebitis
- tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger)
- arteriële insufficiëntie
- ernstige standafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming)
- hamertenen
- keratoderma palmoplantaris
- tylotisch eczeem
- recidiverende erysipelas
- psoriasis nagels
- chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten
- problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.

2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert als medisch pedicure (MP).
3 Gaat het om een (pedicure-)chiropodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
4 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de pedicure staan én dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
5 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type medische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
b het knippen van nagels zonder medische reden.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen

D.6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een (sport)podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en/of (sport)steunzolen. Tot de genoemde behandelingen rekenen wij naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
2 De behandelend sporttherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
3 De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
4 De behandelend podoposturaal therapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
5 De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die in het bezit is van het SEMH certificaat 'Orthopedische InstrumentMakerijen' (OIM) of 'Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven' (OSB). Sportsteunzolen moeten zijn geleverd door een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeuten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. De leden van het VSO-netwerk kunt u vinden via de website www.vsonetwerk.nl. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de SEMH of het VSO-Netwerk.
6 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, een behandeling, een hulpmiddel of een speciale techniek. Op de nota moet ook de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a schoenen en schoenaanpassingen;
b voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal €150,- per persoon per kalenderjaar waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen

Buitenland

D.7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:
a medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit een instelling in het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
b vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
2 Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross moet vooraf toestemming hebben gegeven en het vervoer regelen.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in buitenland

Gaat u naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten,noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.
Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is. En waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is.
Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
- u maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden;
- of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking;
- of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
- u bent jonger dan 12 jaar.

2 De preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen) moeten zijn voorgeschreven door een arts van LCR.
3 De preventieve geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener
Let op! Hebben wij uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden voor consulten en vaccinaties, wanneer u de maximale vergoeding per kalenderjaar te boven gaat. Haalt u uw preventieve geneesmiddelen bij een apotheek die wij hiervoor niet hebben gecontracteerd? Dan ontvangt u geen vergoeding

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.

Optimaal Aanvullend 1
consulten en vaccinaties:
- 100% bij een gecontracteerde zorgverlener
- maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener

preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen):
- 100% bij een gecontracteerde apotheek

Optimaal Aanvullend 2
consulten en vaccinaties:
- 100% bij een gecontracteerde zorgverlener
- maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener

preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen):
- 100% bij een gecontracteerde apotheek

Optimaal Aanvullend 3
consulten en vaccinaties:
- 100% bij een gecontracteerde zorgverlener
- maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener

preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen):
- 100% bij een gecontracteerde apotheek

D.9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
b ziekenhuisverblijf en operatie;
c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

1 De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
2 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
3 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Optimaal Aanvullend 1
aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Optimaal Aanvullend 2
aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Optimaal Aanvullend 3
aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
3 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:
a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
b dieetpreparaten en drinkvoeding;
c verbandmiddelen;
d vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
e anticonceptiva;
f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

9.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet- spoedeisende behandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:
a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
c overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
d overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Optimaal Aanvullend 1
overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht
vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer
Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen
Optimaal Aanvullend 2
overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht
vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer
Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen
Optimaal Aanvullend 3
overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht
vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer
Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen

Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

D.10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder (10.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (10.2). Ook vergoeden wij, bij een geselecteerd aantal aandoeningen, de kosten van fysiotherapeutische nazorg (10.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder
Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3.1). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor de eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
- kinderfysio - en oefen therapie
- bekken - en oefen fysiotherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio - en oefen therapie
- psychosomatische fysio - en oefen therapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

2 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistent, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut
Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
c toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Maximaal 20 behandelingen per persoon per kalenderjaar wanneer uw aandoening voor komt op de lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering'
Optimaal Aanvullend 2
maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie). Maximaal 20 behandelingen per persoon per kalenderjaar wanneer uw aandoening voor komt op de lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering'
Optimaal Aanvullend 3
maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie). Maximaal 20 behandelingen per persoon per kalenderjaar wanneer uw aandoening voor komt op de lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering'

10.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar
Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3).

Voorwaarden voor vergoeding
1 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
- kinderfysio - en oefen therapie;
- bekkenfysio - en oefen therapie;
- manuele therapie;
- oedeemtherapie;
- geriatrie fysio - en oefen therapie;
- psychosomatische fysio - en oefen therapie;

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.
2 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts , tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut
Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut Cesar/Mensendieck die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
c toeslagen voor:
- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt zoals omschreven in artikel D.3.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
Optimaal Aanvullend 3
maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)

10.3 Fysiotherapeutische nazorg
Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:
a oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker;
b CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
c hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! Wilt u alle behandelingen vergoed krijgen? Dan moet u de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan heeft u alleen recht op een vergoeding uit artikel D.10.1 of D.10.2.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

Huid

D.11 Huidverzorging
Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflagetherapie (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3), Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

11.1 Acnébehandeling
Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of een huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
4 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie
Wij vergoeden de kosten van lessen voor camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2 Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
3 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
4 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
5 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 150,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 250,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

11.3 Elektrische, IPL- of laserepilatie
Wij vergoeden de kosten van:
a elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, als er sprake is van ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbeharing;
b laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of in een instelling waar een dermatoloog aan is verbonden, als er sprake is van ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbeharing.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
4 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen van cosmetische aard.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

D.12 Hulpmiddelen
Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen, of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

12.1 Eigen bijdrage toupim van eigen haar of pruiken
Wij vergoeden de eigen bijdrage voor een toupim van eigen haar of pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet recht hebben op vergoeding van een toupim van eigen haar of een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel B.4).

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

12.2 Eigen bijdrage orthopedisch/allergeenvrij schoeisel
Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van orthopedisch of allergeenvrij schoeisel.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet recht hebben op vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering').

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

12.3 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie
Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur..

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering').
2 Bij een niet-gecontracteerde leverancier moet u van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Hebben wij uw leverancier niet gecontracteerd? Dan vergoeden wij een deel van de abonnementskosten.

U kunt rechtstreeks contact opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100% bij een door ons gecontracteerde leverancier of bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
100% bij een door ons gecontracteerde leverancier of bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per kalenderjaar

12.4 Plaswekker
Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

12.5 Trans-therapie
Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie, als u deze apparatuur gebruikt voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodemfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

D.13 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (13.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.2), anticonceptiva (13.3) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)
Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen, is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Moet u een eigen bijdrage betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten? Dan vergoeden wij deze eigen bijdrage niet.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

13.2 Melatonine
Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding
1 De melatoninetabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een instelling die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.
2 U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek eFarma.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

13.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem.
4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apothekers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorragie (hevig bloedverlies).

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

13.4 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden
Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:
a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Deze medicatie moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
3 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
4 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apothekers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 18) gaan wij hierop in. Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit deze aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

D.14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A' Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit), al dan niet op implantaten, vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel 10 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering')? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Krijgt u 75% van uw tandartskosten vergoed vanuit de aanvullende tandartsverzekering? Dan vergoeden wij de overige 25% van de kosten vanuit de aanvullende verzekering.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandartsverzekering nog niet is bereikt.

Voorwaarde voor vergoeding
Deze vergoeding geldt alleen in combinatie met een aanvullende tandartsverzekering.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.17 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
3 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100

Let op! de kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van de polisvoorwaarden.

D.18 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens de verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2 Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3 Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:
a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
b grove schuld of opzet van de verzekerde;
c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 10.000,- per ongeval
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 10.000,- per ongeval
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

D.19 Hoortoestellen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hoortoestel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering').

Optimaal Aanvullend 1
100% van de wettelijke eigen bijdrage
Optimaal Aanvullend 2
100% van de wettelijke eigen bijdrage
Optimaal Aanvullend 3
100% van de wettelijke eigen bijdrage

D.20 Onderhoud hoortoestel

Wij vergoeden per hoortoestel het totaalonderhoud (inclusief batterijen).

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar

D.21 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarden voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:
a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
b prismabrillen;
c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering');
d losse monturen en/of accessoires;
e gekleurde contactlenzen.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 200,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

TIP Basisbrilregeling
Wij hebben met Pearle, Specsavers en Hans Anders afspraken gemaakt over een basisbril. Wat betekent dit voor u? Voor het bedrag in uw polis bieden Pearle, Specsavers en Hans Anders u een complete basisbril (montuur inclusief glazen). Extra dun geslepen glazen, ontspiegeling of een duurder montuur vallen niet onder de voorwaarden van de basisbril. Voor deze extra opties moet u dan zelf bijbetalen. Kijk op onze website of vraag bij de betreffende opticien welk aanbod en voorwaarden voor u gelden.

Voorwaarden:
- om voor de basisbrilregeling in aanmerking te komen moet uw polis beschikken over een minimale vergoeding van € 100,-;
- wanneer blijkt dat u uw vergoedingslimiet heeft bereikt zal Specsavers, Pearle of Hans Anders u voor dit bedrag een nota toesturen;
- voor de basisbrilregeling moet u uw klantenpas in de filialen van Specsavers, Pearle of Hans Anders overleggen
- voor de basisbrilregeling gelden de voorwaarden van Specsavers, Pearle of Hans Anders. Vraag hiernaar bij de opticiens of kijk op onze website;
- Specsavers, Pearle of Hans Anders zullen de nota rechtstreeks naar ons sturen.

D.22 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (22.1 en lensimplantatie (22.2).

22.1 Ooglaseren
Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding
De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

22.2 Lensimplantatie
Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet recht hebben op vergoeding van lensimplantatie met een monofocale (standaard) kunstlens vanuit de basisverzekering.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 22.1 en 22.2 samen

D.23 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand door een medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! De correctie van de oorstand moet uitgevoerd worden door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
100%

Vervoer

D.24 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van artikel B.20? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

Optimaal Aanvullend 1
100% van de wettelijke eigen bijdrage
Optimaal Aanvullend 2
100% van de wettelijke eigen bijdrage
Optimaal Aanvullend 3
100% van de wettelijke eigen bijdrage

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

D.25 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling

Verblijft u in een ziekenhuis of GGZ-instelling in Nederland, België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw bezoek de kosten van:
a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis of GGZ-instelling ligt;
b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, de GGZ-instelling of het gasthuis. En de kosten van vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis of de GGZ-instelling. Wij vergoeden € 0,32 per kilometer;
c openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, de GGZ-instelling of het gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis of GGZ-instelling.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op www.zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U gebruikt het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
2 Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat uw bezoek de vervoers- en of overnachtingskosten heeft gemaakt.
3 Het gasthuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:
- een ziekenhuis in Nederland; of
- een ziekenhuis buiten Nederland waarmee wij een contract hebben gesloten.

Eigen betaling voor vervoer
Voor vervoer (met het openbaar vervoer, taxivervoer of eigen auto) geldt een eigen betaling van € 100,- per kalenderjaar.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten

D.26 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij een deel van de kosten van overnachting een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer, wanneer u recht heeft op vergoeding hiervan uit de basisverzekering (zie artikel B 20.2)
b de nacht voorafgaand aan de eerste behandeldag

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 35,- per nacht
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 35,- per nacht

D.27 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding
De behandeling moet plaatsvinden in:
1 de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
2 een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet u laten behandelen door een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een huisarts die hiervoor niet bevoegd is of een medisch specialist die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.28 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding
U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 36 402 80. Uw Persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

Zwanger (worden)/baby/kind

D.29 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.30 Borstkolfapparaat

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf van een borstkolfapparaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a losse onderdelen van het borstkolfapparaat;
b de aanschaf van tweedehands borstkolven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 75,- per zwangerschap
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 75,- per zwangerschap

D.31 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.32 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

32.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum
Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

32.2 Uitgestelde kraamzorg
Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum. Met uitgestelde kraamzorg wordt bedoeld, kraamzorg verleend na de 10e dag van de geboorte van het kindje.

Voorwaarden voor vergoeding
1 De uitgestelde kraamzorg moet worden geleverd door een gecontracteerd kraamcentrum.
2 Het gecontracteerde kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de kraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal 5 dagen, maximaal 5 uur per dag
Optimaal Aanvullend 3
maximaal 5 dagen, maximaal 5 uur per dag

D.33 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde voor vergoeding
De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum dat wij hebben gecontracteerd.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

D.34 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens een bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts moet de bevalling begeleiden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.35 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Optimaal Aanvullend 3
1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.36 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:
a die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
b die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
2 De cursussen moeten worden gegeven door:
- een thuis- of kraamzorginstelling;
- een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
- een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen;
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
- een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
- een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
- een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
- Mom in Balance.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 100,- per persoon per zwangerschap
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 100,- per persoon per zwangerschap

Overig

D.37 Eigen bijdrage Wmo en Wlz

Wij vergoeden de wettelijke inkomensafhankelijke eigen bijdrage op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De eigen bijdrage wordt berekend en geïncasseerd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet de nota van de eigen bijdrage bij ons indienen. Deze bestaat uit een verzamelfactuur en een exacte specificatie van de datums van de geleverde zorg. Deze nota dienen afkomstig te zijn van het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 375,- per persoon per kalenderjaar

D.38 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

Optimaal Aanvullend 1
100%
Optimaal Aanvullend 2
100%
Optimaal Aanvullend 3
100%

D.39 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL-uitval na medisch noodzakelijke ingreep

Heeft u een medisch noodzakelijke ingreep ondergaan, die wordt vergoed uit de basisverzekering, waardoor u tijdelijk moeite heeft met algemene dagelijkse levensverrichtingen? En mocht u na deze ingreep naar huis? Dan geven wij verzekerden van 18 jaar en ouder een vergoeding (budget) voor extra hulp aan huis. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de mate van ADL-uitval (algemene dagelijkse levensverrichtingen, denk aan wassen en aankleden). Met dit budget kunt u zelf aanvullende zorg inkopen om zo uw ADL-uitval te compenseren.

Voorwaarden voor vergoeding

1 Wilt u in aanmerking komen voor deze vergoeding? Neem dan binnen 10 werkdagen na de medisch noodzakelijke ingreep contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 36 402 80.
2 De mate van de ADL-uitval wordt door de Persoonlijke Zorgcoach aan de hand van een protocol vastgesteld. Op basis van de uitkomst stellen wij de financiële vergoeding vast. De vragen dienen naar waarheid te worden beantwoord en, als wij hierom vragen, met bewijsmateriaal te worden aangetoond.
3 De vergoeding voor hulp aan huis mag alleen aansluitend na een medisch noodzakelijke ingreep worden aangevraagd.
4 Er is maar 1 keer recht op vergoeding als er binnen 8 weken meerdere medisch noodzakelijke ingrepen nodig zijn.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van hulp aan huis bij ADL-uitval die niet het gevolg is van een medisch noodzakelijke ingreep:
a na verblijf in een ziekenhuis als gevolg van een bevalling, tenzij er sprake is van een complicatie;
b na verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis;
c na revalidatie of eerstelijnsverblijf in een zorginstelling die aansluitend is aan de ziekenhuisopname;
d na een poliklinische behandeling waarbij u geen ADL-uitval heeft;
e wanneer u na de 10e werkdag nadat u het ziekenhuis verliet met ons belt;
f wanneer u na de ingreep eerst verblijft in een zorghotel of revalidatiecentrum.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar na medisch noodzakelijke ingreep (afhankelijk van de mate van ADL-uitval)
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar na medisch noodzakelijke ingreep (afhankelijk van de mate van ADL-uitval)
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar na medisch noodzakelijke ingreep (afhankelijk van de mate van ADL-uitval)

D.40 Preventie

Wij vergoeden de kosten van preventie. Het doel van preventie is gericht op het verbeteren of op peil houden van uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk). Hieronder vallen de kosten van: Voedingsvoorlichting, Fit worden of blijven, Mentale weerbaarheid, Leren omgaan met een aandoening en Overige cursussen. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

Voedingsvoorlichting
40.1 Diëtetiek door een diëtist
Wij vergoeden de kosten van diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering aanspraak op diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Laat u zich behandelen door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).
Wilt u weten met welke diëtist wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal 3 uur per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal 3 uur per persoon per kalenderjaar

40.2 Cursus afvallen
Wij vergoeden de kosten van één van de volgende cursussen voor afvallen:
• 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight;
• het cursusaanbod van Biamed Nederland;
• het cursusaanbod van Lekker Puh!;
• het cursusaanbod van Weight Watchers;
• de cursus Sportief afvallen bij een thuiszorgorganisatie;
• de cursus goede voeding voor ouderen georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Fit worden of blijven
40.3 Programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)
Wij vergoeden de kosten van het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

40.4 health Check
Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed
Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundige van Care for Human? Ga dan naar hun website. Kiest u voor een aanbieder die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Optimaal Aanvullend 1
1 keer per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
1 keer per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
1 keer per persoon per kalenderjaar

Mentale weerbaarheid
40.5 Geheugentraining
Wij vergoeden de kosten van een cursus geheugentraining. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Leren omgaan met een aandoening
40.6 Cursus leren omgaan met een aandoening
Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:
a Bij **hartproblemen** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.
b Bij **lymfoedeem** een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN). Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
c Bij **reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het ReumaNederland of een thuiszorginstelling.
d Bij **diabetes type 2** een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
e **Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen**. De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk Ieder(in).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar per cursus
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar per cursus

40.7 Zorg voor vrouwen
Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen: Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarden voor vergoeding
1 Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.
2 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar

40.8 Therapeutische vakantiekampen voor verzekerden tot 18 jaar
Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp. Op deze vakantiekampen leert u omgaan met uw ziekte, aandoening of handicap door training met lotgenoten. Het therapeutisch vakantiekamp moet zijn georganiseerd door de:
a Stichting Heppie;
b Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
c Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
d Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
e Nederlandse Hartstichting (Jump);
f Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Overige cursussen
40.9 EHBO en reanimatie cursussen, Lekker in je vel, Kanjertraining en Valpreventie
Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:
a Een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR) of conform de Nederlandse EHBO Richtlijnen.
b Een EHBO cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis.
Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
c Een cursus eerste hulp bij kinderongevallen die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
d Een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
e Een cursus kanjertraining. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.V.
f Het valpreventieprogramma 'In Balans' of 'Vallen Verleden Tijd'. Dit programma moet gegeven worden door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die dit programma aanbiedt. Wilt u weten welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten dit programma aanbieden? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. U kunt ook een valpreventieprogramma bij een thuiszorginstelling volgen.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar per cursus
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar per cursus

40.10 Slaapcursus
Wij vergoeden de kosten van:
a een online cursus slaaptherapie, waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
b een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding
U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

D.41 Hulp bij mantelzorg

Bent u mantelzorger of ontvangt u mantelzorg? Dan geven wij een vergoeding (bedrag) voor de kosten van noodzakelijke ondersteuning ter voorkoming van uitval van de mantelzorger voor u als mantelzorger of voor u als u mantelzorg ontvangt. Dit bedrag kunt u inzetten:
- als u thuis mantelzorg ontvangt. Dan kunt u bij tijdelijke afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg betalen;
- voor tijdelijke professionele ondersteuning door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. (mantelzorgmakelaar, tot een bedrag van maximaal € 250,- per kalenderjaar);
- voor mantelzorginstructies, mantelzorgcoaching en mantelzorgcursussen, tot een bedrag van maximaal € 150,- per kalenderjaar en
- voor het ontvangen van tijdelijke huishoudelijke hulp tot een bedrag van maximaal € 450,- per kalenderjaar.

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Voorwaarden voor vergoeding
1 U moet vooraf toestemming van ons hebben gekregen. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met uw Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 36 402 80. De Persoonlijke Zorgcoach bekijkt eerst of zij u voldoende informatie en hulp kan geven en bepaalt daarna welke ondersteuning u nodig heeft en hoeveel dit kost. Vervolgens stelt de Persoonlijke Zorgcoach de hoogte van het te ontvangen bedrag vast.
2 Als de mantelzorger en degene die mantelzorg ontvangt, beiden een aanvullende verzekering hebben die recht geeft op vergoeding van hulp bij mantelzorg, wordt hulp bij mantelzorg eerst vergoed op grond van de aanvullende verzekering van de mantelzorger en pas daarna op grond van de aanvullende verzekering van degene die mantelzorg ontvangt. Als er meerdere mantelzorgers voor 1 hulpbehoevende zijn, wordt de vergoeding hulp bij mantelzorg aan 1 mantelzorger verleend.
3 Wanneer u de vergoeding wilt inzetten voor vervanging van de mantelzorger, dan moet de mantelzorger afwezig zijn op moment dat de vervangende mantelzorg wordt ingezet.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
a Kosten kunnen maar 1 keer gedeclareerd worden. Wij vergoeden de kosten voor de verleende diensten niet aan zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.
b Wij vergoeden de kosten voor de verleende diensten niet wanneer deze kosten (al dan niet via een PGB) worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (JW) of Wet langdurige zorg (Wlz).
c Wij vergoeden de kosten voor u niet als u minder dan 3 maanden en minder dan 8 uur per week mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt.
d Wij vergoeden niet de kosten van het inzetten van extra uren mantelzorg bij (tijdelijke) achteruitgang in de gezondheidssituatie. U dient hiervoor een indicatie aan te vragen.
e Kosten van ondersteuning mantelzorg wanneer degene die mantelzorg ontvangt permanent in een Wlz-instelling verblijft.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
geen dekking
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

D.42 Sportmedische onderzoeken sportarts

Wij vergoeden de volgende kosten door een sportarts in een Sportmedische instelling:
a een sportmedisch onderzoek;
b een sportkeuring;
c een inspanningsonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding
De sportarts of Sportmedische Instelling moet gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Optimaal Aanvullend 1
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

D.43 Terminale zorg door vrijwilligers thuis

Wordt u, in uw laatste levensfase, thuis verzorgd door een vrijwilliger? Dan vergoeden wij deze kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

1 De vrijwilliger moet lid zijn van een vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de landelijke vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) of de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).

2 De nota moet ingediend worden door de vrijwilligersorganisatie.

Optimaal Aanvullend 1
geen dekking
Optimaal Aanvullend 2
maximaal € 200,-
Optimaal Aanvullend 3
maximaal € 200,-

E. Vergoedingen Aanvullend Tand 1 en 2 sterren

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder
Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een Aanvullend Tand 1 of Aanvullend Tand 2 sterren afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wat krijgt u vergoed?
Wij vergoeden 100% van de kosten van verdovingen (A-codes), consulten en controles (C-codes), tandvleesbehandelingen (codes T21 en T22), vullingen (V-codes), foto's (X-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten overige behandelingen
Heeft u een Aanvullend Tand 1 ster of Aanvullend Tand 2 sterren? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%.

Wat mag een mondhygiënist declareren?
U heeft recht op controles, röntgenfoto's, verdovingen, mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Wat mag een tandprotheticus declareren?
U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

Wat mag een kaakchirurg declareren?
U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg, als deze kosten niet worden vergoeding vanuit uw baisiverzekering (zie artikel B.9, B.11, B.12 en B.13).

Wat mag een tandtechnicus declareren?
U heeft recht op kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame) door een tandtechnicus als er geen handelingen in de mond nodig zijn en voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandtechnicus. Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. Zit er een breuk in uw gedeeltelijk kunstgebit? Dan moet de reparatie uitgevoerd worden door een tandarts en niet door een tandtechnicus. Bij een scheur is uw gedeeltelijk kunstgebit kapot, maar nog één geheel. Bij een breuk is uw gedeeltelijke kunstgebit in 2 of meer delen uiteengevallen.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden
Wij vergoeden niet de kosten van:
a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
c een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
d uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
e een fluoridebehandeling (M40);
f mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
g orthodontie;
h abonnementen;
i volledige narcose en lachgas;
j gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
k gedeeltelijk voltooid werk;
l autotransplantaten (J39);
m een therapeutische injectie met botox (G44).

Maximale vergoedingen
De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

Aanvullend Tand 1 ster
- Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Aanvullend Tand 2 sterren
- Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Service & Contact

Kijk op
www.zk.nl/contact
www.zk.nl/zorgverkenner
www.zk.nl/vergoedingen
www.zk.nl/voorwaarden
www.zk.nl/mijnzilverenkruis

Praat mee
www.zk.nl/forum

Bel naar
Klantenservice 071 751 00 51

Zorgkosten declareren
Per post: Zilveren Kruis, Afdeling Declaratieservice, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam
Via smartphone: Zilveren Kruis app
Online via: www.zk.nl/mijnzilverenkruis

E-mail via
www.zk.nl/contact

Schrijf naar
Zilveren Kruis
Postbus 444
2300 AK Leiden

Keurmerk Klantgericht Verzekeren

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 06088185 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000646.

Kijk op www.zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

94420-2001