DSW
zorgverzekeraar



POLISVOORWAARDEN

2026

INHOUD

INLEIDING **4**

DEEL 1 ALGEMEEN GEDEELTE **6**

Artikel 1 Begripsomschrijvingen 6
Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering 15
Artikel 3 Werkgebied 16
Artikel 4 Begin van de zorgverzekering 16
Artikel 5 Duur en opzegging van de zorgverzekering 17
Artikel 6 Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering 18
Artikel 7 Premie 19
Artikel 8 Herziening van de premie 21
Artikel 9 Eigen risico 21
Artikel 10 Behandeling in het buitenland 24
Artikel 11 Overige voorwaarden 26
Artikel 12 Uw verplichtingen 27
Artikel 13 Algemene uitsluitingen 29
Artikel 14 Klachten en Geschillen 30

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING **31**

Artikel 15	Recht op zorg en vergoeding	31
Artikel 16	Huisartsenzorg	35
Artikel 17a	Verpleging en verzorging zonder verblijf (Wijkverpleging)	36
Artikel 17b	Eerstelijns verblijf (ELV)	42
Artikel 17c	Verblijf op medische indicatie na CAR-T-celtherapie	43
Artikel 18	Medisch-specialistische zorg	44
Artikel 19	Voorwaardelijk toegelaten zorg	50
Artikel 20	Geboortezorg	50
Artikel 21	Eerstelijnsdiagnostiek	55
Artikel 22	Ketenzorg	55
Artikel 23	Medisch-specialistische revalidatie	56
Artikel 24	Geriatrische revalidatie	57
Artikel 25	Orgaantransplantatie	58
Artikel 26	Dialyse zonder opname	59
Artikel 27	Mechanische beademing	60
Artikel 28	Onderzoek naar kanker bij kinderen	61
Artikel 29	Trombosedienst	62
Artikel 30	Erfelijkheidsonderzoek	62
Artikel 31	Audiologische zorg	63
Artikel 32	Paramedische zorg	63
Artikel 33	Mondzorg	70
Artikel 34	Farmacie	76
Artikel 35	Hulpmiddelen	82
Artikel 36	Ziekenvervoer en logeervergoeding	83
Artikel 37	Curatieve geestelijke gezondheidszorg	87
Artikel 38	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	94
Artikel 39	Stoppen-met-rokenprogramma	96
Artikel 40	Preventieve voetzorg	97
Artikel 41	Sportmedisch onderzoek	99
Artikel 42	Gecombineerde Leefstijlinterventie	99
Artikel 43	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen	104

BIJLAGE 1	**PREMIEBIJLAGE 2026**	**107**
BIJLAGE 2	**OVERZICHT WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN IN 2026**	**108**
BIJLAGE 3	**LIJST MET GEHANTEERDE AFKORTINGEN**	**110**

INLEIDING

Uw zorgverzekering: Goed om vooraf te weten

Dit zijn de polisvoorwaarden voor de basisverzekering. Hierin staan uw en onze rechten en plichten. Voor onze aanvullende verzekeringen bestaan aparte algemene voorwaarden en vergoedingenoverzichten. De voorwaarden en vergoedingenoverzichten van onze aanvullende verzekeringen kunt u vinden op www.dsw.nl of bij ons opvragen via 010 – 2 466 466.

In deze polisvoorwaarden bedoelen wij met ‘u’ en ‘uw’ zowel de verzekerde als de verzekeringnemer, tenzij dit uitdrukkelijk anders wordt aangegeven.

ALS U EEN VERZEKERING AFSLUIT

Als u een zorgverzekering bij ons afsluit, ontvangt u het polisblad en een declaratieformulier.

Het polisblad

Hierop staan vermeld:

- de naam van de verzekerde(n);
- de hoogte van de premie;
- de hoogte van het verplichte eigen risico;
- de hoogte van het vrijwillig eigen risico;
- de door u gekozen aanvullende verzekering.

MijnDSW
Via de MijnDSW app (verkrijgbaar via de App Store en Google Play) kunt u declaraties indienen en uw zorgpas tonen. In MijnDSW kunt u bijvoorbeeld ook zien hoeveel van het eigen risico is verbruikt en welke kosten zijn gedeclareerd. U kunt MijnDSW ook raadplegen via www.dsw.nl.

De zorgpas
Via de MijnDSW app kunt u beschikken over uw digitale zorgpas, de digitale zorgpas van eventuele medeverzekerden als u daarvoor verzekeringnemer bent en/of de zorgpas van (een) minderjarige(n) als u daarover het gezag heeft (bijvoorbeeld als ouder of voogd). Met deze pas kunt u aantonen dat er sprake is van een bij ons afgesloten zorgverzekering. Als u dat liever heeft, kunt u een fysieke zorgpas bij ons aanvragen.

U moet de zorgpas op verzoek kunnen tonen wanneer u naar het ziekenhuis, de apotheek of een andere zorgaanbieder gaat. Zo kan de zorgaanbieder controleren of u inderdaad bij ons verzekerd bent.

De zorgpas bevat een European Health Insurance Card (EHIC), de Europese zorgpas. De zorgpas is daarmee van toepassing in alle lidstaten van de EU, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. De EHIC is bedoeld voor medisch noodzakelijke spoedzorg: dit is medische noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland. Als u de zorgpas met EHIC laat zien, hoeft u geen geld voor te schieten. Zorgaanbieders weten dan dat hun nota door DSW wordt betaald.

Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn in het algemeen bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle buitenlandse zorgaanbieders.

Het declaratieformulier
Als u geen gebruik maakt van de MijnDSW app om uw declaraties in te dienen kunt u declaraties ook bij ons indienen via een declaratieformulier dat wij u toesturen. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw declaratieformulier zodra wij uw nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw declaratieformulier ook downloaden via onze website.

DEEL 1 ALGEMEEN GEDEELTE

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

APOTHEEKHOUDEND HUISARTS

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), en die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen als gehouden door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

APOTHEKER

Een apotheker die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

ARTS

Een arts die als zodanig is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

ARTS VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de KNMG.

AUDIOLOGISCH CENTRUM

Een zorgaanbieder die volgens de WTZa audiologische zorg mag verlenen.

BEADEMINGSCENTRUM

Een zorgaanbieder die volgens de WTZa medisch-specialistische zorg in de vorm van beademing mag verlenen.

BEDRIJFSARTS

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is tevens ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de KNMG.

BEKKEN(FYSIO)THERAPEUT

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

CENTRALE ZORGVERLENER

De centrale zorgverlener (CZV) is een HBO-opgeleide professional, heeft een geaccrediteerde opleiding tot centrale zorgverlener succesvol afgerond en staat geregistreerd in een landelijk kwaliteitsregister voor centrale zorgverleners. De centrale zorgverlener begeleidt en coördineert de ondersteuning en zorg op het juiste moment door de meest geschikte professional voor het kind en gezin. De centrale zorgverlener zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet.

CENTRUM VOOR BIJZONDERE TANDHEELKUNDE
Een universitair centrum of een centrum dat is aangesloten bij het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen; het gaat daarbij om een behandeling die een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

CRISISZORG
Een behandeling voor een verzekerde die acute psychiatrische hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een psychiatrisch hulpverlener die werkt voor een regionale 24-uurs crisisdienst.

CURATIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)
Zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze zorg onder de dekking van een zorgverzekering valt en op grond van wet- en/of regelgeving is bepaald dat voor deze zorg een vergoeding geldt.

DAGBEHANDELING
Een opname die korter duurt dan 24 uur.

DIAGNOSE BEHANDEL COMBINATIE (DBC)
Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of verloskundige zorg door middel van een prestatiecode die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose, de behandeling en het geldende tarief omschreven. Een DBC heeft een door de NZa vastgesteld (maximum) tarief of een vrij tarief dat door onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar tot stand komt.

Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag (de DBC wordt dan ‘geopend’) en eindigt (wordt ‘gesloten’) aan het einde van de behandeling, dan wel 120 dagen (medisch-specialistische zorg) nadat deze is geopend.

DIALYSECENTRUM
Een zorgaanbieder die volgens de WTZa medisch specialistische zorg in de vorm van nierdialyse mag verlenen.

DIËTIST
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EIGEN BIJDRAGE
Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar waarvan wettelijk is bepaald dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een overzicht van alle eigen bijdragen is opgenomen in Bijlage 2 van deze polisvoorwaarden.

Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

EIGEN RISICO
Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die alle verzekerden van 18 jaar of ouder zelf moeten betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Zodra u het eigen risico helemaal heeft betaald, heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de polisvoorwaarden. Elke verzekerde heeft een wettelijk vastgesteld verplicht eigen risico. Daarnaast kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage.

Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

ERGOTHERAPEUT
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- EN EER-STAAT
De EU-staten (Europese Unie) zijn: België, Bulgarije, Zuid-Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten zijn alle EU-staten, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland.

FYSIOTHERAPEUT
Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

GERIATRIE FYSIOTHERAPEUT
Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als geriatrie fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

GESPECIALISEERD VERPLEEGKUNDIGE
Een verpleegkundige die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als gespecialiseerd verpleegkundige is ingeschreven in het Kwaliteitsregister V&V met een specifiek deskundigheidsgebied.

GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOOG
Een psycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-INSTELLING
Instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg mag leveren in verband met een psychiatrische stoornis, al dan niet gepaard gaande met verblijf. De GGZ-instelling voldoet aan de WTZa.

HUIDTHERAPEUT
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut'. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

HUISARTS
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen als gehouden door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

INSTELLING VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG
Een instelling voor medisch specialistische zorg die volgens de WTZa medisch specialistische zorg mag verlenen. Dit is bijvoorbeeld een algemeen of universitair ziekenhuis, een categoraal ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

INSTELLING VOOR GEBOORTEZORG
Een instelling die volgens de WTZa verloskundige zorg mag verlenen. In de instelling voor geboortezorg worden eerstelijns verloskundige bevallingen zonder medische indicatie begeleid en wordt 24-uurs professionele kraamzorg geleverd in een huiselijke, maar professionele omgeving. De instelling voor geboortezorg is aanpalend aan een ziekenhuis gevestigd waardoor tweedelijnszorg direct beschikbaar is.

KAAKCHIRURG
Een tandarts-specialist die als (tand)arts is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als kaakchirurg is ingeschreven in het register voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

KETENZORG
Een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een verzekerde met een chronische aandoening, waarbij deze zorg een samenhangend geheel is van zorginspanningen door verschillende typen zorgaanbieders (zoals een huisarts, fysiotherapeut, diëtist).

KINDERFYSIOTHERAPEUT
Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als kinderfysiotherapeut staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

KINDERLEEFSTIJLCOACH
De kinderleefstijlcoach is een HBO-opgeleide professional, heeft een geaccrediteerde opleiding tot kinderleefstijlcoach succesvol afgerond en staat geregistreerd in een landelijk kwaliteitsregister voor kinderleefstijlcoaches. De kinderleefstijlcoach begeleidt kinderen bij het verkrijgen en behouden van een gezonde leefstijl.

KLINISCH FYSICUS AUDIOLOOG
Een klinisch fysicus audioloog die als zodanig geregistreerd is in het register van Klinisch Fysici van de Stichting Opleiding Klinisch Fysicus (OKF).

KLINISCH GERIATER
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als klinisch geriater is ingeschreven in het register van de KNMG.

KLINISCH PSYCHOLOOG
Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

KLINISCH TECHNOLOOG

Tot het gebied van deskundigheid van de klinisch technoloog of technisch geneeskundige wordt gerekend het optimaliseren van bestaande technisch medische handelingen alsmede het ontwerpen en ontwikkelen van nieuwe diagnostische methoden en therapieën met behulp van technologie en het verrichten van complexe technisch medische handelingen binnen het technisch medische deelgebied van de geneeskunst waarin de klinisch technoloog is opgeleid.

KNO-ARTS

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als KNO-arts is ingeschreven in het register van de KNMG.

KRAAMCENTRUM

Een instelling die volgens de WTZa kraamzorg mag verlenen. Een kraamcentrum verleent kraamzorg in de thuissituatie, een geboortecentrum en/of een kraamhotel.

LEEFSTIJLCOACH

De leefstijlcoach is een HBO-opgeleide professional die verzekerden begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach staat geregistreerd bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).

LOGOPEDIST

Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De logopedist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

MACHTIGING

De schriftelijke verklaring die wij u geven na een aanvraag voor zorg. Uit de machtiging blijkt dat:

a. de aangevraagde zorg valt onder de dekking van uw zorgverzekering;
b. u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen;
c. u recht heeft op een (gedeeltelijke) vergoeding van die zorg volgens de polisvoorwaarden;
d. vergoeding van de aangevraagde zorg plaatsvindt tegen het met de gecontracteerde zorgaanbieder afgesproken tarief dan wel het wettelijk tarief of de door ons vastgestelde vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

MANUEEL THERAPEUT

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

MEDISCH ADVISEUR

en (para)medisch deskundige die ons adviseert in (para)medische aangelegenheden. De deskundige is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

MEDISCH SPECIALIST

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de KNMG.

MONDHYGIËNIST

Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en het Besluit functionele zelfstandigheid.

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZA)
De Nederlandse Zorgautoriteit is een zelfstandig bestuursorgaan dat toezicht houdt op alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

OEDEEMTHERAPEUT
Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

OEFENTHERAPEUT CESAR/OEFENTHERAPEUT MENSENDIECK
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

OOGARTS
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als oogarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

OPNAME
Een verblijf langer dan 24 uur in een (psychiatrisch) ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

OPTOMETRIST
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist.

ORTHODONTIST (BEUGELTANDARTS)
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de KNMT.

PEDICURE
Gediplomeerd pedicure met aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ of een medisch pedicure.

PHYSICIAN ASSISTANT
Een Physician Assistant die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als Physician Assistant is ingeschreven in het register van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

PODOTHERAPEUT
Een zorgaanbieder die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici. De podotherapeut is lid van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

POLIS
Een schriftelijk, door de zorgverzekeraar ondertekend document waarin de bijzonderheden en voorwaarden van de zorgverzekeringsovereenkomst zijn vastgelegd.

POLISBLAD
Het polisblad bevat specifieke gegevens over de afgesloten zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen, zoals de gegevens van de verzekeringnemer, verzekerden, de hoogte van de premie en de looptijd van de verzekering.

PSYCHIATER
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als psychiater is ingeschreven in het register van de KNMG.

PSYCHOLOOG
Een zorgaanbieder die als psycholoog is geregistreerd in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen of als gezondheidszorgpsycholoog staat geregistreerd in het BIG-register.

PSYCHOTHERAPEUT
Een zorgaanbieder die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

REGIEBEHANDELAAR (GGZ)
Een indicerende of coördinerende zorgaanbieder die binnen de curatieve GGZ de regie voert over het zorgproces overeenkomstig het meest recente Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Regiebehandelaren zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd die afhankelijk is van de complexiteit van de te leveren zorg conform in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

REGIEBEHANDELAAR (GZSP)
De specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, psychiater, GZ-psycholoog, orthopedagoog-specialist, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut die de regie voert over uw behandeling GZSP.

REUMA (RA) /AXIALE SPONDYLOARTRITIS (AXSPA) FYSIOTHERAPEUT
Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die een kwalificatie voor RA of axSpA heeft en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

SOS INTERNATIONAL
Alarmcentrale die u kan helpen als u medische problemen krijgt tijdens (tijdelijk) verblijf in het buitenland. In het geval van een ziekenhuisopname in het buitenland moet u daarvan binnen 48 uur een melding maken bij SOS International.

SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als specialist ouderen-geneeskunde is ingeschreven in het register van de KNMG.

SPOEDEISENDE ZORG
Zorg die noodzakelijk is vanwege een acute, onverwachte medische situatie die direct medisch handelen vereist om ernstige schade aan de gezondheid of overlijden te voorkomen.

SPORTARTS
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als sportarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

TANDARTS
Een zorgaanbieder die als tandarts is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

TANDPROTHETICUS
Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

VERBLIJF
Zie onder 'Opname'.

VERDRAGSLAND
Landen waarmee een verdrag is gesloten over sociale zekerheid met een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg. Dit zijn de landen, naast de EU-/EER-landen (zie voor de definitie ook in dit artikel), waar de EHIC of een 111-formulier geldig is. Op www.zorginstituut.nl vindt u een actueel overzicht van deze landen.

VERLOSKUNDIGE
Een zorgaanbieder die als verloskundige is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST
Een in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten genoemde zorgaanbieder die is ingeschreven in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). De verpleegkundig specialist onderscheidt zich van de 'gespecialiseerde verpleegkundige'. Zie daartoe ook de definitie van de 'gespecialiseerde verpleegkundige'.

VERPLEEGKUNDIGE
Een zorgaanbieder die als verpleegkundige is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

VERSLAVINGSARTS
Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als verslavingsarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

VERWIJZING
Het schriftelijk verzoek van een behandelend zorgverlener (de verwijzer) aan een collega zorgverlener om diagnostiek te starten en/of de behandeling over te nemen. Een verwijzing moet voldoen aan de door de beroepsgroep vastgestelde normen.

VERZEKERDE
Iedereen die op het polisblad is vermeld.

VERZEKERINGNEMER
De verzekerde die de zorgverzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

VERZORGENDE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG
Een zorgaanbieder die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

VRIJE TARIEVEN
Er gelden vrije tarieven voor zorgprestaties als de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg in de daartoe bestemde beleidsregels en tariefbeschikkingen bij de desbetreffende prestatiecodes geen (maximum)tarief heeft vastgesteld.

VOORSCHRIFT
De vaststelling door een zorgaanbieder welke zorg, onderzoek, behandeling of therapie de verzekerde nodig heeft vanwege medisch noodzakelijke redenen.

WETTELIJK MAXIMUMTARIEF
De door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarieven, zoals door de NZa neergelegd in de daartoe bestemde beleidsregels en tariefbeschikkingen waarbij er een maximum te declareren bedrag door de NZa is vastgesteld.

WET TOETREDING ZORGAANBIEDERS (WTZA)
Deze wet regelt de toetreding van zorgaanbieders op de zorgmarkt. Zorgaanbieders moeten aan de toetredingseisen van de WTZa voldoen.

WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG (WET BIG)
Deze wet regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgaanbieders moeten voldoen om hun beroep te mogen beoefenen.

WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)
In deze wet zijn de voorwaarden neergelegd ten aanzien van zorg voor verzekerden die zijn aangewezen op langdurige zorg.

ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM (ZBC)
Zie onder ‘instelling voor medisch-specialistische zorg’.

ZIEKENHUIS
Zie onder ‘instelling voor medisch-specialistische zorg’.

ZORGGROEP
Een organisatie (van doorgaans overwegend eerstelijnszorg zorgaanbieders) om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en/of uit te voeren.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND
Centraal adviesorgaan van de overheid op het terrein van de wettelijke zorgverzekeringen. Het Zorginstituut Nederland geeft duidingen en advies over de dekking van de zorgverzekering.

ZORGPRODUCT
Een prestatie, behorend tot de DBC-zorgproducten of tot de Overige Zorgproducten, zoals omschreven in de beleidsregels van de NZa.

ZORGVERZEKERINGSWET
In de Zorgverzekeringswet en bijbehorende regelgeving is door de overheid vastgelegd wat de inhoud van de basisverzekering is. Elke zorgverzekeraar moet zich hier aan houden. De zorg die onder de basisverzekering valt is dan ook voor iedereen in Nederland gelijk.

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 **DE BASIS**

Uw zorgverzekering is gebaseerd op:

a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
b. het Besluit zorgverzekering;
c. de Regeling zorgverzekering;
d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze polisvoorwaarden en de wet- en regelgeving, gaat de wet- en regelgeving voor op deze polisvoorwaarden.

Wij leggen uw zorgverzekering vast in de polis en stellen deze jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 **DE ZORGPAS**

Op vertoon van deze pas via de MijnDSW app kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op deze pas vindt u ook de EHIC (zie ook de Inleiding). U kunt ook een fysieke pas bij ons aanvragen.

LID 3 **AARD VAN UW ZORGVERZEKERING**

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”). Wij maken met zoveel mogelijk zorgaanbieders afspraken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor zorg. De zorgaanbieders waarmee wij afspraken maken zijn de ‘gecontracteerde zorgaanbieders’. Door het maken van afspraken dragen wij bij aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In deze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen een onderscheid tussen zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u zelf de nota aan uw zorgaanbieder betalen en vergoeden wij - nadat u de nota bij ons heeft gedeclareerd - vervolgens aan u de door ons vastgestelde vergoeding. Deze vergoeding is net iets lager dan het tarief dat wij met vergelijkbare gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

LID 4 **INHOUD EN OMVANG VAN ZORG**

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 **MET WELKE ZORGAANBIEDERS HEBBEN WIJ EEN CONTRACT?**

Zie de Zorgzoeker op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

Artikel 3 Werkgebied

Wij kunnen een zorgverzekering sluiten met of voor verzekeringsplichtigen die in Nederland wonen en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

LID 1 **DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2026.

LID 2 **ALTERNATIEVE INGANGSDATUM**

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 **VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT**

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 **AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)**

Voor zorgverzekeringen geldt het herroepingsrecht. Dit betekent dat u na het afsluiten of wijzigen van de verzekering 14 dagen de tijd heeft om dit terug te draaien. Via het formulier op www.dsw.nl/bedenktijd kunt u binnen deze termijn de verzekering opzeggen of doorgegeven wijzigingen ongedaan maken. Let op dat u met het herroepen van de basisverzekering ook automatisch eventuele aanvullende verzekeringen herroept omdat u deze niet afzonderlijk met ons kunt aangaan.

Artikel 5 Duur en opzegging van de zorgverzekering

LID 1 **ALGEMEEN**

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de volgende situaties:

a. aan het einde van het kalenderjaar (zie lid 2 van dit artikel);
b. bij een wijziging van de polisvoorwaarden in uw nadeel (zie lid 4 van dit artikel);
c. bij wijziging van werkgever en er sprake is van een collectieve verzekering (zie lid 5 van dit artikel);
d. bij een verandering van de premie in uw nadeel (zie lid 6 van dit artikel).

Als de zorgverzekering is opgezegd, ontvangt de verzekeringnemer van ons een bewijs van uitschrijving.

LID 2 **AAN HET EINDE VAN HET JAAR**

U mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december schriftelijk opzeggen. Uw zorgverzekering stopt dan per 1 januari van het daaropvolgende jaar. Als u de zorgverzekering niet opzegt, verlengen wij de zorgverzekering steeds voor de duur van één jaar.

U kunt als verzekeringnemer op twee manieren opzeggen:

a. *Door gebruik te maken van de opzegservice.*
De opzegservice houdt in dat wanneer u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit bij een andere zorgverzekeraar voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u de zorgverzekering bij ons opzegt.

b. *Direct bij ons.*
U kunt de zorgverzekering ook direct bij ons opzeggen. In dat geval moet u de zorgverzekering uiterlijk 31 december schriftelijk bij ons opzeggen. U kunt uw verzekering ook online beëindigen via MijnDSW of via het contactformulier op onze website. Let erop dat de opzegging alleen geldig is als u daarvan een bevestiging van ons hebt ontvangen.

LID 3 **ALS EEN VERZEKERDE OP UW POLIS VOOR ZICHZELF EEN ZORGVERZEKERING SLUIT**

Wanneer u verzekeringnemer bent en ook iemand anders op uw polis hebt verzekerd, dan kunt u in de loop van het jaar de zorgverzekering voor die verzekerde opzeggen wanneer deze persoon via een andere zorgverzekering wordt verzekerd. U moet ons dan een bewijs sturen van inschrijving van deze persoon bij een andere zorgverzekeraar.

Als u de zorgverzekering van de desbetreffende verzekerde schriftelijk opzegt nadat de nieuwe zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de zorgverzekering op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u namens die verzekerde de zorgverzekering heeft opgezegd.

LID 4 **TUSSENTIJDSE WIJZIGING VAN DE POLISVOORWAARDEN**

Wij kunnen de polisvoorwaarden tussentijds wijzigen. Als de wijziging nadelig voor u is, dan heeft u het recht de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen. U heeft hiervoor maximaal dertig dagen de tijd nadat wij u over de wijziging hebben geïnformeerd. Uw zorgverzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat. Het recht tot opzeggen geldt niet als de wijziging van de polisvoorwaarden het gevolg is van een wetswijziging.

LID 5 **BIJ VERANDERING VAN WERKGEVER BIJ WIE U COLLECTIEF VERZEKERD BENT**

Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering opzeggen wanneer u collectief verzekerd bent via een werkgever en in dienst treedt bij een andere werkgever. Dit kan binnen drie maanden vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt.

LID 6 **BIJ WIJZIGING VAN DE PREMIEGRONDSLAG**

U krijgt van ons minstens zes weken van tevoren bericht over een premiewijziging. Bij verhoging van de premie heeft u het recht om de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen vanaf de dag dat wij de mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. De zorgverzekering eindigt dan op de dag dat de premieverhoging ingaat. Zie ook artikel 8 van deze polisvoorwaarden.

LID 7 **GEEN RECHT VAN OPZEGGING**

De opzegmogelijkheden die wij hiervoor in dit artikel hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situatie:

a. u heeft de verschuldigde premie niet op tijd aan ons betaald; en
b. wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal veertien dagen aan ons te betalen; en
c. wij hebben de dekking van de zorgverzekering niet opgeschort; en
d. wij hebben niet binnen veertien dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u de premie en eventuele incassokosten aan ons heeft betaald, kunt u alsnog gebruik maken van de opzegmogelijkheden als bedoeld in lid 2, lid 3 en lid 5 van dit artikel.

LID 8 **BIJ AANMELDING DOOR HET CAK**

a. Als u door het CAK bij ons bent aangemeld, kunt u de zorgverzekering vernietigen als u aantoont dat u eerder bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. U moet dit aantonen binnen twee weken nadat het CAK u een mededeling van aanmelding bij ons heeft gedaan.
b. De door het CAK aangemelde verzekerde kan de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover de aanmelding loopt.
c. Wij kunnen de verzekering wegens dwaling vernietigen als achteraf blijkt dat de door het CAK bij ons aangemelde persoon niet verzekeringsplichtig was.

Artikel 6 Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering

LID 1 **ALGEMEEN**

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit heeft bepaald (zie lid 2 van dit artikel);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (zie lid 3 van dit artikel);
- als u onrechtmatig handelt (zie lid 4 van dit artikel).

LID 2 **SITUATIES WAARIN DE WET DE BEËINDIGING HEEFT BEPAALD**

De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekering eindigt met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

a. onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
b. ons werkgebied (dit is het gebied waar wij de zorgverzekering aanbieden) verandert en de verzekerde daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
c. een op uw polis genoemde verzekerde overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht;

d. u niet meer verzekeringsplichtig bent of een op uw polis genoemde verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is conform de Zorgverzekeringswet. De verzekeringnemer moet ons dit zo snel mogelijk laten weten;
e. u of een op uw polis genoemde verzekerde als militair in werkelijke dienst gaat. De verzekeringnemer moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen zullen wij u zo snel mogelijk op de hoogte stellen dat de zorgverzekering is beëindigd onder vermelding van de reden van de beëindiging en de beëindigingsdatum.

LID 3 **ONRECHTMATIGE INSCHRIJVING**

Als u een zorgverzekering bij ons heeft afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht heeft, beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment dat u deze bij ons heeft gesloten. Wij verrekenen de betaalde premie met de zorg die wij voor u hebben vergoed. Indien van toepassing, betalen wij u het verschil terug of brengen het verschil bij u in rekening.

LID 4 **ONRECHTMATIG HANDELEN**

Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorgverzekering hebben gesloten. Deze omstandigheden doen zich voor als een verzekerde zich tegenover ons schuldig maakt aan een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij kunnen in die situaties zowel de aanvullende zorgverzekering als de zorgverzekering binnen twee maanden na ontdekking per direct beëindigen. Tevens is de verzekerde aansprakelijk voor onze (onderzoeks)kosten.

LID 5 **DETENTIE IN NEDERLAND**

De zorgverzekering wordt opgeschort tijdens de periode dat een verzekerde gedetineerd is na een rechterlijke uitspraak. Dit betekent dat de zorgverzekering tijdens de detentie wordt geschorst. Er wordt dan geen premie in rekening gebracht en geen vergoedingen uitgekeerd. Verzekerden die gedetineerd zijn, moeten een detentieverklaring opsturen zodat de verzekering voor de duur van de detentie kan worden geschorst. Aan het einde van de detentieperiode moet er ook een detentieverklaring worden opgestuurd. Zodra de detentie eindigt, wordt de zorgverzekering weer van kracht. U moet ons zo snel mogelijk informeren over het begin en einde van uw detentie.

LID 6 **DETENTIE IN HET BUITENLAND**

Als u in het buitenland bent gedetineerd, wordt uw verzekering niet stopgezet. U blijft dan in Nederland verzekerd. Als uw detentie langer dan 1 jaar duurt, dan kunt u bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) uw verzekeringsrecht laten toetsen. Als de SVB bepaalt dat u niet meer in Nederland verzekerd moet zijn, kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen. Graag ontvangen we dan van u een kopie van de verklaring van de SVB.

Artikel 7 Premie

LID 1 **PREMIE VOOR DE ZORGVERZEKERING**

Voor de zorgverzekering moet de verzekeringnemer premie betalen voor de verzekerden die op het polisblad vermeld staan. Voor verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar hoeft geen premie te worden betaald. Er is premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand nadat een verzekerde 18 jaar is geworden.

LID 2 **HOOGTE VAN DE PREMIE**

Op uw polis staat de hoogte van de premie (de premiegrondslag) vermeld per verzekerde per maand. Op de premiebijlage (Bijlage 1) staat de grondslag van de premie per verzekerde voor 2026 vermeld. De te betalen premie is gelijk aan de premiegrondslag, met aftrek van eventuele kortingen:

a. Korting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting (zie artikel 9 van deze polisvoorwaarden). Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag afgaat en staat ook op uw polis vermeld.

b. Betalingskorting

U kunt met ons afspreken of u de premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruitbetaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen betalingskorting. Hoe langer de termijn is die u vooruit betaalt, hoe hoger de betalingskorting. De betalingskorting gaat af van de verschuldigde premie en staat op het polisblad vermeld.

LID 3 **PREMIEBETALING**

De verzekeringnemer is verplicht de premie en bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, bij vooruitbetaling te voldoen op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen: per maand; kwartaal; halfjaar of jaar.

Bij betalingen zonder vermelding van het betalingskenmerk van DSW, bepaalt DSW op welke openstaande vordering de betaling wordt afgeboekt.

LID 4 **GEEN VERREKENING MET VERGOEDINGEN**

U mag de te betalen premie niet verrekenen met door ons te betalen vergoedingen.

LID 5 **TE LAAT BETALEN VAN DE PREMIE**

Indien de verzekeringnemer niet op tijd de premie, wettelijke bijdragen en kosten betaalt, kunnen wij de verzekeringnemer na de premievervaldag schriftelijk aanmanen om de premie, wettelijke bijdragen en kosten alsnog binnen veertien dagen aan ons te betalen. De termijn van veertien dagen gaat lopen vanaf de dag van de aanmaning.

LID 6 **GEVOLGEN VAN TE LAAT BETALEN BIJ EEN PREMIEACHTERSTAND VAN TWEE MAANDEN OF MEER**

a. Bij een betalingsachterstand van twee maandpremies

Wij informeren u bij het ontstaan van een betalingsachterstand van ten minste twee maandpremies en bieden u een betalingsregeling aan voor de te betalen premie.

b. Bij een betalingsachterstand van vier maandpremies

Bij een achterstand in de betaling van ten minste vier maandpremies, delen wij u mee dat bij een betalingsachterstand van zes maandpremies melding zal worden gedaan aan het CAK voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie.

c. Bij een betalingsachterstand van zes maandpremies of meer

Nadat een betalingsachterstand van ten minste zes maandpremies is ontstaan, melden wij u en de eventueel door u verzekerde persoon of personen van 18 jaar en ouder, aan bij het CAK. Vanaf dat moment zal het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u innen. Van het CAK ontvangt u hierover bericht. De wettelijke regeling van artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet is dan van toepassing.

LID 7 **PREMIE BIJ WIJZIGING ZORGVERZEKERING**

Als uw zorgverzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de premie opnieuw. Deze nieuwe premie gaat dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als een verzekerde overlijdt, betalen wij de premie van de verzekerde terug, die vanaf de dag na het overlijden is betaald, of verrekenen wij die premie met eventuele openstaande vorderingen.

Artikel 8 Herziening van de premie

LID 1 **ONS RECHT TOT WIJZIGING PREMIEGRONDSLAG**

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. Wij mogen deze verandering pas zes weken nadat we deze aan u hebben doorgegeven laten ingaan.

LID 2 **UW RECHT TOT OPZEGGEN BIJ VERHOGING VAN PREMIEGRONDSLAG**

De verzekeringnemer mag de zorgverzekering opzeggen als wij de premiegrondslag verhogen. Wij moeten de opzegging hebben ontvangen voordat de premieverhoging daadwerkelijk ingaat.

Artikel 9 Eigen risico

LID 1 **VERPLICHT EIGEN RISICO**

Als u 18 jaar of ouder bent, geldt er een wettelijk verplicht eigen risico. De hoogte van dit eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld en is bij alle zorgverzekeraars gelijk. Voor 2026 heeft de overheid het verplicht eigen risico vastgesteld op € 385,-.

Wij hebben als zorgverzekeraar de mogelijkheid om een deel van het eigen risico niet te innen bij onze verzekerden wanneer zij naar een zorgaanbieder gaan die wij vooraf hebben aangewezen. Wij wijzen alle zorgaanbieders aan, met uitsluiting van de zorgaanbieders zoals genoemd op de lijst die u kunt raadplegen op onze website (zoeken op ‘Eigen risico’, u vindt de lijst onder de veelgestelde vragen), voor zover zij zorg verlenen waarop u recht heeft op grond van deze polisvoorwaarden. Als u hieraan voldoet betekent dit dat wij voor het jaar 2026 van de € 385,- verplicht eigen risico, een bedrag van € 10,- niet zullen innen bij u.

Dit betekent dat u de eerste € 375,- aan kosten die op grond van uw zorgverzekering door ons vergoed zouden worden, zelf moet betalen. Daarna vergoeden wij alle kosten voor zover die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen behoudens eigen bijdragen.

Wij kunnen het door u te betalen eigen risico verrekenen met eventuele door ons aan u uit te betalen vergoedingen.

LID 2 **VRIJWILLIG EIGEN RISICO**

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico naast het wettelijk verplicht eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. U kiest een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en u kunt de hoogte van het vrijwillig eigen risico tussentijds niet wijzigen, tenzij sprake is van een situatie zoals omschreven in lid 8 of lid 9 van dit artikel.

LID 3 **HOOGTE VRIJWILLIG EIGEN RISICO**

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar bovenop het verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).

LID 4 **KOSTEN DIE NIET MEETELLEN VOOR HET VERPLICHT EN VRIJWILLIG EIGEN RISICO**

Sommige zorgkosten tellen niet mee voor het eigen risico. Op dit uitgangspunt bestaan uitzonderingen. Het volgende schema verduidelijkt dit:

KOSTEN VAN ZORG DIE NIET MEETELLEN VOOR HET EIGEN RISICO (VERPLICHT EN VRIJWILLIG)	UITZONDERINGEN HIEROP (DEZE KOSTEN TELLEN DUS WEL MEE VOOR HET EIGEN RISICO)
Huisartsenzorg (inclusief de kosten voor inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent).	Medicijnen die door de huisarts worden voorgeschreven en laboratoriumonderzoek dat is aangevraagd door de huisarts.
Het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje, prikpil of anticonceptie-implantaat door de verloskundige of huisarts.	Het plaatsen van een spiraaltje, prikpil of anticonceptie-implantaat door de gynaecoloog.
Verloskundige zorg waaronder de prenatale diagnostiek.	Medicijnen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege zwangerschap of bevalling. Kosten die verband houden met de behandeling van aandoeningen die niet direct in de eigenlijke zwangerschap of kraamperiode optreden, dat wil zeggen tot na zes weken na de bevalling, ook wanneer deze aandoeningen late gevolgen van de zwangerschap zijn.
Een door een medisch specialist op verzoek van de huisarts in het kader van huisartsenzorg verleend advies over een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing (meedenkadvies of meekijkconsult).	Geen uitzonderingen.
Kraamzorg.	Geen uitzonderingen.
Verpleging en verzorging die verband houdt met geneeskundige zorg en niet gepaard gaat met verblijf.	Geen uitzonderingen.

KOSTEN VAN ZORG DIE NIET MEETELLEN VOOR HET EIGEN RISICO (VERPLICHT EN VRIJWILLIG)	UITZONDERINGEN HIEROP (DEZE KOSTEN TELLEN DUS WEL MEE VOOR HET EIGEN RISICO)
Zorg aan levende transplantatiedonoren, voor zover die zorg verband houdt met de opneming van de donor in verband met een selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal. Dit geldt uitsluitend nadat een periode van dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Vervoerskosten van de donor.	Geen uitzonderingen.
Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt.	Geen uitzonderingen.
Voetzorg.	Geen uitzonderingen.
Gecombineerde Leefstijlinterventie voor volwassenen.	Geen uitzonderingen.
Eerstelijns Stoppen-met-roken-programma Het betreft zowel de gedragsmatige ondersteuning als de medicatie bij stoppen met roken. Medicatie wordt alleen vrijgesteld van het eigen risico indien de medicatie wordt gecombineerd met gedragsmatige begeleiding en daarmee expliciet onderdeel is van een stoppen-met-rokenprogramma.	Medicatie die niet wordt gecombineerd met gedragsmatige ondersteuning.
Valrisicobeoordeling.	Geen uitzonderingen.
Niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen aanbieders of tussen aanbieders en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van de levering van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 16 tot en met 43 van deze polisvoorwaarden.	Geen uitzonderingen.
Het verkennend gesprek binnen de GGZ vanaf 18 jaar, zie artikel 37 lid 2.1 van deze polisvoorwaarden.	Geen uitzonderingen.

LID 5 **KOSTEN DBC OF ZORGPRODUCT**

De kosten van een DBC of zorgproduct tellen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum) door de zorgverlener.

LID 6 **KOSTEN VOOR EIGEN REKENING**

Kosten die niet worden vergoed en die u zelf moet betalen, tellen niet mee voor het eigen risico. Wij brengen die kosten dus niet in mindering op het nog openstaande bedrag aan eigen risico. Zo kan er op grond van de Zorgverzekeringswet voor bepaalde zorg een eigen bijdrage gelden. Ook kan er een maximum vergoeding gelden en kunnen de kosten dit maximum overstijgen.

LID 7 **BEREKENING EIGEN RISICO BIJ AANMELDING/OPZEGGING GEDURENDE HET JAAR**

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering loopt. Wij tellen daartoe het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door 365 dagen (bij schrikkeljaren: 366 dagen). De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico en afgerond op hele euro's.

LID 8 **EIGEN RISICO WANNEER EEN VERZEKERDE 18 JAAR WORDT**

Wanneer een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, vragen wij de verzekeringnemer uiterlijk een maand van tevoren of die verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het eigen risico wordt bepaald op dezelfde wijze als in lid 7 van dit artikel is beschreven.

LID 9 **EERST VERPLICHT DAARNA VRIJWILLIG EIGEN RISICO VOL MAKEN**

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplicht eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen, vanaf dat moment van ons vergoed.

Artikel 10 Behandeling in het buitenland

LID 1 **ZORG IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND**

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. U kunt hiervoor een S2 formulier of een ander betreffend verdragsformulier bij ons aanvragen;
b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Wij vergoeden de kosten alleen als het gaat om zorg die wij ook zouden vergoeden op grond van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. Het moet dus gaan om op grond van deze polisvoorwaarden gedekte zorg.

LID 2 **ZORG IN EEN LAND BUITEN EEN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND**

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 lid 3 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 **VERGOEDING EN MACHTIGING**

Als u zorg inroept waarbij u moet worden opgenomen of moet verblijven in een instelling, de zogenoemde intramurale zorg, moet u daarvoor vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen. U heeft geen machtiging van ons nodig wanneer u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat voor een behandeling waarvoor geen machtiging vereist is omdat de behandeling onder de overeenkomst valt die wij met de zorgaanbieder hebben gesloten. De door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland kan u vertellen voor welke behandeling wel of geen machtiging vereist is en welke behandelingen onder de overeenkomst vallen. Zie daartoe ook onze website.

Extra kosten zoals kamersupplementen en honorariumkosten

Indien u kiest voor verblijf op een eenpersoonskamer kan het ziekenhuis hiervoor extra kosten (kamersupplementen en honorariumkosten) bij u in rekening brengen. Deze extra kosten worden door ons niet vergoed.

Uitzonderingen

Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt de eis van een voorafgaande machtiging (toestemming) niet. U moet een spoedopname dan wel binnen 48 uur aan SOS International melden.

Het toestemmingsvereiste geldt tevens niet als u in het buitenland zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Informatie over zorg in het buitenland

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden, bij voorziene zorg in het buitenland vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan mededelen:

a. of u verzekerd bent voor die zorg;
b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
d. of u voor deze zorg bij zorgaanbieders terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

LID 4 **BEVOEGDE ZORGAANBIEDER**

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die op grond van de wet- en regelgeving van het desbetreffende land bevoegd is de zorg te leveren.

LID 5 **VERGOEDING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG**

Als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland, vergoeden wij medisch noodzakelijke zorg die is geleverd binnen de EU-/EER of verdragsland. In de praktijk betreft dit over het algemeen spoedeisende zorg. Binnen de EU-/EER is het te adviseren om altijd de EHIC te tonen, zie hierover ook de inleiding en artikel 2 lid 2 van deze polisvoorwaarden. Als deze zorg is geleverd buiten de EU-/EER of verdragsland, vergoeden wij tot maximaal de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zie artikel 15 lid 3 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 11 Overige voorwaarden

LID 1 **RECHT OP VERGOEDING VANUIT DE BASISVERZEKERING**

In de artikelen 15 tot en met 43 van deze polisvoorwaarden staat voor welke vormen van zorg u recht heeft op vergoeding vanuit de basisverzekering

LID 2 **OPNAME IN ANDERE DAN VERZEKERDE KLASSE**

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en daar terechtkomt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u maximaal het tarief van de laagste klasse.

LID 3 **BEGIN EN EINDE VAN RECHT OP VERGOEDING VAN KOSTEN VAN ZORG**

U heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens deze polisvoorwaarden recht heeft als u die zorg heeft ontvangen in de periode dat deze zorgverzekering loopt.

Met betrekking tot een declaratie van een DBC of zorgproduct, gaan wij uit van de startdatum (openingsdatum) van de DBC of zorgproduct. Dit is de datum waarop de zorgverlener de DBC opent. Dit kan een andere datum zijn dan bijvoorbeeld de datum van uw eerste consult bij deze zorgverlener.

LID 4 **VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS**

In het privacy statement op onze website vindt u nadere informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens door DSW, zoals de gronden voor de verwerking en uw rechten ten aanzien van deze gegevens.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Algemene Verordening Gegevensbescherming en aanverwante regelgeving, waaronder de meest recente Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

LID 5 **VERWERKING VAN MEDISCHE GEGEVENS**

De verwerking van gegevens betreffende de gezondheid (medische gegevens) gebeurt onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseurs, die een geheimhoudingsplicht hebben op grond van hun BIG-registratie.

Medische gegevens worden uitsluitend gebruikt wanneer dat noodzakelijk is bij het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Om deze uitvoering correct te laten verlopen, zijn er naast de medisch adviseurs ook andere personen binnen ons bedrijf die deze medische gegevens verwerken. Deze personen hebben daarbij een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht en verwerken de medische gegevens onder diens verantwoordelijkheid.

Artikel 12 Uw verplichtingen

LID 1 **ALGEMENE VERPLICHTINGEN**

U bent verplicht om:

a. u te legitimeren als u zorg inroept bij een zorgaanbieder. Legitimeren kan door middel van een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
b. aan de behandelend arts of medisch specialist te vragen om de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als hij hierom vraagt;
c. ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie om de zorgverzekering goed te kunnen uitvoeren en ons naar waarheid te informeren. We houden ons hierbij aan de privacyregelgeving;
d. eventuele aanvang en beëindiging van detentie binnen een maand aan ons te melden;
e. de zorgpas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
f. bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar aan ons te melden, zodat wij de zorgverzekering correct kunnen afwikkelen.

LID 2 **VERPLICHTINGEN ROND DECLARATIE ZORGKOSTEN**

Wanneer de zorgaanbieder de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt, moet u die originele nota tijdig, bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling plaatsvond (en uiterlijk binnen 36 maanden nadat de zorg is verleend), aan ons opsturen. Hierbij is de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend.

Wanneer u kosten bij ons declareert geeft u per nota aan, aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgaanbieder is. Na ontvangst van uw nota gaan wij na op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht heeft. Wij betalen u dat bedrag, waarbij een eventuele eigen bijdrage of eigen risico in mindering kan worden gebracht.

Indien u een nota van een zorgaanbieder zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgaanbieder contant heeft betaald. Daarnaast kunnen wij u ook vragen om ons de originele nota toe te sturen wanneer u uw nota digitaal bij ons heeft ingediend. Bewaar betaalbewijzen en originele nota's daarom minimaal twee jaar nadat u uw nota bij ons heeft ingediend. Als wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het voorkomen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, raden wij u aan om u vooraf goed te laten informeren over de vergoeding.

LID 3 **VERPLICHTINGEN BIJ VERHAAL DOOR DSW**

a. Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen waardoor u, direct of later, zorg moet krijgen waarvan de kosten onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Als wij anderen mogelijk voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit zo spoedig mogelijk aan ons melden. DSW kan u verzoeken om aangifte te doen bij de politie als dit bijdraagt aan het verhaal door DSW. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn en alle informatie te verstrekken bij eventueel verhaal van de kosten.

b. Geen afspraken met andere partijen (derden)

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met anderen (derden) - ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden (kunnen) benadelen, tenzij wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

c. Gevolgen bij niet meewerken

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u niet meewerkt onze kosten te verhalen.

LID 4 **GANG VAN ZAKEN BIJ NIET-NAKOMEN VERPLICHTINGEN**

Vermindering vergoedingsplicht

Als u de verplichtingen zoals genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt, kunnen wij de vergoeding verminderen met de schade die wij daardoor lijden.

Vervallen van het recht op vergoeding

Als u de verplichtingen zoals genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt, kan uw recht op vergoeding komen te vervallen als wij daardoor in onze redelijke belangen zijn geschaad.

Uiterlijke declaratietermijn

Volgens de wet moet u de originele nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend bij ons hebben ingediend. Ontvangen wij uw nota later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

LID 5 **FRAUDE**

U bent verplicht ons alle relevante en juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken door middel van bijvoorbeeld valsheid in geschrifte of bedrog, of doet u een onware opgave met betrekking tot uw rechtstreekse (of via uw zorgverlener) ingediende declaratie of heeft u anderszins gehandeld met de opzet om een vergoeding of betaling of ander voordeel te verkrijgen waar u geen recht op heeft of kan hebben, kwalificeren wij dat als fraude.

Als wij vermoeden dat sprake is van fraude zullen wij daartoe een onderzoek (laten) instellen. Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van uw declaratie(s). Als wij na onderzoek van oordeel zijn dat daadwerkelijk sprake is van fraude dan:

a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, waaronder alle ingediende declaraties die daarmee samenhangen, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
b. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
c. kunnen wij de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen en zullen wij in dat geval gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten;

d. zullen wij u voor maximaal acht jaar (gerekend vanaf de start van het onderzoek) intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u of uw zorgverlener de genoemde handelingen uitvoert.

LID 6 **DOORGEVEN VAN BELANGRIJKE GEBEURTENISSEN**

U bent verplicht binnen dertig dagen gebeurtenissen aan ons door te geven die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren. Het gaat om zaken als:

a. verhuizing;
b. geboorte;
c. echtscheiding;
d. overlijden.

LID 7 **HOUD UW GEGEVENS UP-TO-DATE**

Wij gaan ervan uit dat berichten bij u aankomen als wij die berichten toesturen aan het meest actuele (e-mail)adres dat van u bij ons bekend is.

Wij kunnen niet aansprakelijk worden gesteld voor schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt als u niet uw meest actuele post- of e-mailadres aan ons bekend heeft gemaakt.

Artikel 13 Algemene uitsluitingen

LID 1 **UITGESLOTEN VAN VERGOEDING**

U heeft geen recht op vergoeding van:

a. de eigen bijdrage die u betaalt volgens de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg (Wlz) en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015);
b. de eigen bijdrage die u betaalt voor bevolkingsonderzoek;
c. attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vliegbrevet). Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering zo is bepaald;
d. de griepprik;
e. alternatieve geneeswijzen;
f. geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte tijdens een reis;
g. geneesmiddelen of behandelingen die u krijgt in het kader van een wetenschappelijk onderzoek, anders dan voorwaardelijk toegelaten zorg zoals bedoeld in artikel 19;
h. kraampakketten;
i. nota's voor afspraken waarvoor u niet bent komen opdagen ("no show");
j. kosten in verband met het vertalen van nota's die in een andere taal dan het Nederlands zijn opgesteld;
k. kosten die zijn ontstaan doordat u de rekening die u rechtstreeks van de zorgaanbieder heeft ontvangen niet op tijd aan de zorgaanbieder heeft betaald;
l. schade die is veroorzaakt of ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht.

LID 2 **TERRORISTISCHE HANDELINGEN**

Als zorg nodig is als gevolg van een of meer terroristische handelingen geldt het volgende. Als de totale schade die in een jaar gedeclareerd wordt bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, heeft u uitsluitend recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De genoemde Herverzekeringsmaatschappij stelt dit percentage vast. Dit geldt voor schade-, levens- en natura-uitvaartverzekeraars, waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage krijgen, heeft u - naast dit percentage - recht op uitkering volgens een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 14 Klachten en Geschillen

LID 1 **ALGEMEEN**

U kunt klachten hebben over de manier waarop wij de zorgverzekering uitvoeren, de manier waarop u door ons bent behandeld of de manier waarop wij uw persoonsgegevens verwerken. Van een geschil is sprake wanneer u het niet eens bent met een beslissing die wij bij de uitvoering van uw zorgverzekering hebben genomen.

LID 2 **NEDERLANDS RECHT**

Op de Zorgverzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

LID 3 **RECHTSBESCHERMING**

a. *Verzoek om heroverweging van een beslissing of klacht*
   Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing te heroverwegen. Daarvoor moet u schriftelijk per post of digitaal een verzoek aan onze Raad van Bestuur sturen. Klachten kunt u indienen via het klachtenformulier op onze website. Het klachtenformulier kunt u online indienen of per post (t.a.v. de Raad van Bestuur, Postbus 173, 3100 AD Schiedam).
b. *Naar de rechter of geschillencommissie*
   U kunt naar de rechter gaan als u het niet eens bent met de uitkomst van een heroverweging of als wij binnen dertig dagen na een verzoek om heroverweging geen reactie hebben gegeven. U kunt een klacht of geschil ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ heeft een Ombudsman die bemiddelt en een Geschillencommissie die bindend adviseert.
c. *Klacht indienen bij de NZa*
   Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een bindende uitspraak.

Voor klachten over uw zorgverlener of geschillen die u met uw zorgverlener heeft verwijzen wij u naar onze webpagina ‘Klachten en geschillen’.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

LID 1 **GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG**

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder (gecontracteerde zorg) (zie lid 2 van dit artikel); of
b. zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3 van dit artikel).

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

LID 2 **VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG**

Wanneer u kiest voor een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt dan (vaak) door de zorgaanbieder bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de Zorgzoeker op onze website.

Het kan zijn dat tijdens een lopende behandeling de overeenkomst tussen ons en uw zorgverlener eindigt. U heeft dan voor die lopende behandeling nog voor één verzekeringsjaar recht op vergoeding van het tarief dat wij hadden afgesproken in de laatst geldende overeenkomst met de zorgaanbieder.

LID 3 **VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG**

Wanneer u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief geldt.

Wettelijk maximumtarief

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt voor een aantal vormen van zorg maximumtarieven vast. Dit noemen wij de wettelijke maximumtarieven (of Wmg-tarieven). In artikel 16 tot en met 43 is per vorm van zorg aangegeven of wij de zorg tot maximaal 100% van het wettelijk maximumtarief vergoeden of dat er een lagere vergoeding geldt. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Vrije tarieven

Als de Nederlandse Zorgautoriteit geen maximumtarief heeft vastgesteld voor een bepaalde vorm van zorg, spreken wij van ‘vrije tarieven’. In het geval van vrije tarieven vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. In artikel 16 tot en met 43 staat per verstrekking vermeld hoe hoog de vergoeding is van vrije tarieven bij niet-gecontracteerde zorg. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Verzoek om heroverweging
Als u vindt dat de door ons vastgestelde vergoeding van niet-gecontracteerde zorg u belemmert bij het vinden van een geschikte zorgverlener, bijvoorbeeld omdat u de zorg niet kunt betalen, kunt u bij ons een verzoek om heroverweging indienen en vragen om een hogere vergoeding. U moet daarbij dan aangeven waarom de door ons vastgestelde vergoeding uw keuze voor een zorgverlener verhindert. Wij zullen dan een beslissing nemen waarbij wij de omstandigheden van de situatie zullen meewegen, zoals de hoogte van de kosten en de soort zorg. Zie voor het indienen van een verzoek om heroverweging ook artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding
Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

LID 4 **DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN**

Kosten van zorg kunnen rechtstreeks door gecontracteerde zorgaanbieders bij ons worden gedeclareerd. Nota's van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u bij ons indienen. Wij betalen deze nota's dan aan u.

De gecontracteerde zorgaanbieder.
Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het met de zorgaanbieder afgesproken tarief. Soms is daarop een eigen bijdrage of eigen risico van toepassing.

U ontvangt in dat geval van ons een bericht met het verzoek om het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

De niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
De niet-gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op drie manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW app, via de MijnDSW omgeving op www.dsw.nl en per post. U kunt deze vordering (uw recht op vergoeding) niet aan derden overdragen (cessie). Dit betekent dat wij de vergoeding waar u recht op heeft aan u overmaken op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. U kunt een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen. Dit noemen wij een cessieverbod en betreft een beding zoals bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

MijnDSW-app
Met de MijnDSW-app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratie-overzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnDSW-app downloaden in de App Store en via Google Play.

MijnDSW omgeving op de website
MijnDSW, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

Per post
Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuurt u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnDSW omgeving. U kunt het formulier ook ophalen bij een loket of aanvragen bij de klantenservice. De klantenservice is telefonisch bereikbaar op 010 - 2 466 466.

Wij behouden ons hierbij het recht voor om originele nota's op te vragen. U dient originele nota's daarom voor een termijn van 24 maanden te bewaren.

LID 5 EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Gegevens op de nota
Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Vertaling nota's
Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Verrekening
Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg.

Wij mogen de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie, eigen bijbetalingen of eigen risico, of openstaande vorderingen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 WACHTLIJSTADVIES

Indien u hulp nodig heeft bij het zoeken naar een zorgverlener die tijdig zorg aan u kan leveren, kunt u daartoe contact met ons opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466. Wij kijken dan bij welke andere zorgverleners u sneller geholpen kunt worden. Dit wordt ook wel 'Zorgbemiddeling' genoemd. Wij kunnen er daarbij niet voor zorgen dat u met voorrang geholpen wordt, dat is aan de zorgverlener om te bepalen.

LID 7 TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACHTIGING)

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf een machtiging (toestemming) van ons voor heeft gekregen. Als er een machtigingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanspraak (artikel 16 tot en met artikel 43) vermeld. Daarbij staat ook welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

a. een verwijzing of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
b. het behandelplan waarin de aangevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
c. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een door een buitenlandse zorgaanbieder opgestelde aanvraag en eventueel bijbehorende informatie te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Alleen nadat u van ons een schriftelijke machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering voor de duur en voor maximaal het bedrag dat op de machtiging staat vermeld. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

LID 8 **SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACHTIGINGSVEREISTE**

In het geval van spoedeisende zorg die onder de basisverzekering valt handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

LID 9 **EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE**

Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. Hiervan is uitgezonderd zorgverlening op grond van een persoonsgebonden budget bij persoonlijke verzorging en verpleging (zie daarover het Reglement Persoonsgebonden Budget VV). U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen.

LID 10 **OMZETPLAFOND**

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders hebben gesloten hebben wij afspraken gemaakt over onder andere de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarbij maken wij soms ook afspraken over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde “omzetplafond”). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe moet worden gehandeld bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u en/of de zorgaanbieder in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

a. bij spoedeisende hulp;
b. in het geval van crisiszorg van de regionale crisisdienst;
c. indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

LID 11 **DOORLOPENDE ZAKEN BIJ VERANDERING ZORGVERZEKERAAR**

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u tijdens de looptijd van de vorige zorgverzekering voor zorg die onder de basisverzekering valt een machtiging, een verwijzing en/of een recept kreeg, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de einddatum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

LID 12 **MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN**

Alleen schriftelijke mededelingen die wij aan u hebben gedaan zijn geldig. U kunt geen rechten ontlenen aan door onze medewerkers aan u gegeven mondelinge uitleg. Ook kunt u geen rechten ontlenen aan toelichtingen of uitleg van algemene aard.

LID 13 **GELDIGHEIDSDUUR**

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een machtiging verplicht is, geldt dat de machtiging niet ouder mag zijn dan 365 dagen tenzij wij uitdrukkelijk anders hebben vermeld.

LID 14 **BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN**

Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.

LID 15 **VERGOEDING VAN EEN BEHANDELING DIE IN TWEE KALENDERJAREN PLAATSVINDT**

Als uw behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en uw zorgaanbieder de kosten van deze behandeling in één bedrag in rekening brengt (bijvoorbeeld door middel van een DBC), dan worden de kosten van de behandeling toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. Dit betekent ook dat de kosten meetellen voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum), zie ook artikel 9 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 16 **TERUGGAVE VAN ORIGINELE NOTA'S**

Wij geven door u ingestuurde nota's, bijlagen en stukken niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed heeft gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of als u niets vergoed heeft gekregen. Het is daarom verstandig als u vooraf een kopie maakt van de nota voor uw eigen administratie. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een afdruk van uw gescande nota met een stempel waaruit blijkt dat deze afdruk identiek is aan de originele nota.

Artikel 16 Huisartsenzorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en die in overeenstemming is met de door de NZa vastgestelde beleidsregels voor huisartsenzorg.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is zolang wordt voldaan aan artikel 38 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor huisartsenzorg die niet spoedeisend is en wordt uitgevoerd door een andere zorgverlener dan de huisarts waar u staat ingeschreven (of diens waarnemer), heeft u een verwijzing nodig van de huisarts waar u staat ingeschreven.

Specifieke vormen van huisartsenzorg

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden andere of extra voorwaarden. Het gaat hierbij om:

a. Eerstelijnsverblijf (zie artikel 17b);
b. Eerstelijnsdiagnostiek (zie artikel 21);
c. Ketenzorg (zie artikel 22);
d. Stoppen-met-Roken (zie artikel 39);
e. Voetzorg (zie artikel 40);
f. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (zie artikel 42).

Uitsluitingen

Indien u bent opgenomen in een Wlz-instelling op basis van verblijf met behandeling, wordt eventuele aan u te leveren huisartsenzorg gefinancierd door de Wlz-instelling en loopt dit niet via uw zorgverzekering.

Huisartsen kunnen overige diensten verrichten die niet worden vergoed vanuit de basisverzekering, bijvoorbeeld:

a. sterilisatie;
b. cosmetische chirurgie;
c. keuringen;
d. reizigersadvies;
e. de meeste vaccinaties.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17a Verpleging en verzorging zonder verblijf (Wijkverpleging)

LID 1 VERPLEGING EN VERZORGING

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij de zorg niet tot medisch-specialistische zorg behoort, er geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen zowel onder medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts als van de medisch specialist, instructie, signalering van gezondheidsrisico's en persoonlijke verzorging. Wij stellen specifieke voorwaarden bij zorg aan kinderen met een medische zorgvraag, Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Casemanagement. In lid 2 tot en met lid 4 van dit artikel vindt u meer informatie over deze zorgvormen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Voor zorg die wordt bekostigd via een pgb, gelden andere verplichtingen en voorwaarden. Zie daarvoor ons Reglement Zvw-Pgb 2026.

LID 1.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een verpleegkundige die voldoet aan de eisen zoals genoemd voor een indicerend verpleegkundige in het normenkader van de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (V&VN) van december 2024.

Indien u het niet eens bent met de gestelde indicatie bestaat de mogelijkheid tot het vragen van een second opinion. Voor deze second opinion moet u vooraf toestemming van ons hebben gekregen. Ook wij kunnen een second opinion aanvragen als we, nadat we vragen hebben gesteld aan de indicerend verpleegkundige, blijvend twijfelen aan de gestelde indicatie.

Verwijzing

Als de zorg wordt geleverd onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist is een verwijzing van de medisch specialist nodig.

Zorgplan

De te leveren zorg moet minimaal door een HBO-verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan.

Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Door ondertekening van het zorgplan stemt u hiermee in. Wij kunnen ter controle het zorgplan opvragen.

Voor het verlenen van zorg onder de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist dient de betrokkenheid van de medisch specialist geborgd te worden. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het patiëntendossier.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden geleverd door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBO-bachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgverlener worden uitgevoerd zolang die zorgverlener hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgverlener.

Wij vergoeden niet de inzet van stagiaires en leerlingen als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

Facturatie

De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 1.3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal 70% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 ZORG AAN KINDEREN MET EEN MEDISCHE ZORGVRAAG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij in geval van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag, de persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de zorg samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hierbij om zorg aan kinderen van 0 tot 18 jaar, die vanwege een lichamelijke ziekte of beperking verpleegkundige zorg thuis nodig hebben. Deze vorm van zorg is anders dan de zorg aan volwassenen zoals bedoeld in dit artikel, aangezien kinderen een andere behoefte aan zorg hebben.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een (kinder)verpleegkundige die voldoet aan de eisen zoals genoemd voor een indicerend verpleegkundige in het normenkader van de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (V&VN) van december 2024 en die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Verwijzing

Er is een verwijzing nodig van de kinderarts.

Machtiging

Voor onderstaande vormen van zorg moet als de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vooraf een machtiging (toestemming) door ons zijn afgegeven:

a. verblijf in het kader van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag;
b. verpleegkundige dagopvang in het kader van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag aangewezen op Verpleging en Verzorging.

Zie over machtigingen ook artikel 15 lid 7.

Indien een machtiging door ons wordt afgegeven, geldt dat verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag niet op dezelfde dag voor dezelfde verzekerde gedeclareerd mogen worden.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een HBO-kinderverpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan, waarbij gebruik wordt gemaakt van het Medische kindzorg samenwerking. In het Medische kindzorg samenwerking biedt de hulpbehoeftescan aan kind en ouders de mogelijkheid zelfstandig hun behoeften in kaart te brengen in alle vier de kinderleefdomeinen. Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg en voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een kinderverpleegkundige onder directe verantwoordelijkheid van een (kinder)arts.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgverlener worden uitgevoerd zolang die zorgverlener hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgverlener.

Wij vergoeden niet de inzet van stagiaires en leerlingen als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

Facturatie
De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 70% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 PALLIATIEF TERMINALE ZORG (PTZ)

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden palliatieve terminale zorg (PTZ) als door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden en u op PTZ bent aangewezen. Wij vergoeden hierbij PTZ zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij er geen sprake is van verblijf in een instelling, en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen zowel onder medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts als van de medisch specialist, instructie, signalering van gezondheidsrisico's en persoonlijke verzorging.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen
De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door minimaal een HBO-verpleegkundige.

Er dient op navraag aangetoond te kunnen worden dat de zorgaanbieder met de behandelend arts heeft gesproken over de levensverwachting en de zorgvraag die daaruit voortvloeit.

Zorgplan
De te leveren zorg moet minimaal door een HBO-verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan omvat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg, waarbij kan worden aangetoond dat waar mogelijk gestreefd is naar inzet van mantelzorgers en vrijwilligers (VPTZ) voor het leveren van PTZ. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen. Wij kunnen ter controle het zorgplan opvragen.

Zorgaanbieder
Los van de eigen verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft, wordt de zorg verleend onder direct medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts en wordt verleend door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBO-bachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgverlener worden uitgevoerd zolang die zorgverlener hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgverlener.

Wij vergoeden niet de inzet van stagiaires en leerlingen als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

Facturatie
De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 70% van het wettelijke maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 CASEMANAGEMENT DEMENTIE

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden casemanagement dementie. Casemanagement dementie valt onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Een verzekerde moet er redelijkerwijs op zijn aangewezen.

Van Casemanagement dementie is sprake als een persoon met (een vermoeden van) dementie behoefte heeft aan begeleiding en ondersteuning bij leven met dementie en deze begeleiding en ondersteuning binnen de geneeskundige context plaatsvindt.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen
Het ‘vermoeden van dementie’ wordt zo snel mogelijk geobjectiveerd door een ter zake kundig arts.

Ondersteuning van het mantelzorgsysteem wordt niet vergoed. Aan mantelzorgers kan wel uitleg en instructie worden gegeven over de omgang met een naaste met dementie.

Daarnaast kan monitoring, bewaking en het bevorderen van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem (waaronder de mantelzorger) ook onder de vergoeding vallen.

Indien specifieke ondersteuning van de mantelzorger nodig is, dient de mantelzorger daarvoor te worden doorverwezen.

Zorgplan
De te leveren zorg moet minimaal door een HBO-verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan.

Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Door ondertekening van het zorgplan stemt u hiermee in. Wij kunnen ter controle het zorgplan opvragen.

Zorgaanbieder
Casemanagement dementie wordt geleverd door een verpleegkundige of sociaal werker die beschikt over specifieke expertise en vaardigheden zoals uitgewerkt in het expertiseprofiel Casemanager dementie, opgesteld door V&VN en BPSW.

Wij vergoeden niet de inzet van stagiaires en leerlingen als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, tenzij zij aantoonbaar over expertise en vaardigheden beschikken voor de ondersteuning die zij bieden én toestemming hiervoor van ons is gekregen.

Casemanagement dementie mag uitsluitend worden ingezet door een zorgaanbieder die tevens verpleegkundige expertise kan bieden.

Facturatie
De zorg dient gedeclareerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 70% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 UITSLUITINGEN

Wij vergoeden niet de kosten van:

a. verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij de persoonlijke verzorging samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
b. verpleging en verzorging indien sprake is van een aanspraak op de Wlz of de Wmo. Een aanspraak op de Wlz wordt vastgesteld door het CIZ. Een aanspraak op de Wmo wordt vastgesteld door de Gemeente;
c. Zorg die direct wordt aangestuurd door een medisch specialist, zoals (maar niet beperkt tot) nierdialyse thuis.

Artikel 17b Eerstelijns verblijf (ELV)

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

ELV is het medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Zorg die onderdeel uitmaakt van de vergoeding ELV betreft:

a. verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is, inbegrepen huisvestingskosten, inventaris eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen etc.;
b. 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
c. de geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG). Bij de geneeskundige zorg is ook de eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door de SO en arts VG inbegrepen;
d. de paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie, Mensendieck/Cesar, logopedie, dieetadvisering en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie van het verblijf.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden de kosten voor ELV als er geen noodzaak is tot het verlenen van medisch-specialistische zorg en er op korte termijn herstel te verwachten is zodat kan worden teruggekeerd naar de thuissituatie. Onder ELV valt ook het verblijf voor verzekerden die in de terminale levensfase opgenomen moeten worden, wanneer de palliatief terminale zorg (PTZ) thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd.

Verwijzing

Als u vanuit de thuissituatie naar een ELV locatie gaat heeft u een verwijzing nodig van de huisarts.

Als u na ontslag uit het ziekenhuis naar een ELV locatie gaat heeft u een verwijzing nodig van de medisch specialist of een door de medisch specialist aangestuurde transferverpleegkundige.

Machtiging

Er moet vooraf een machtiging (toestemming) door ons zijn verleend als:

a. ELV wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, tenzij sprake is van een spoedeisende situatie waardoor een directe opname in een ELV locatie noodzakelijk is. Bij de aanvraag voor een machtiging moet de behandelaar (huisarts, SO of arts VG) de diagnose, prognose en doelstelling van het verblijf beschrijven en motiveren.
b. een verblijf langer dan drie maanden duurt bij gesloten herstel/SOABB en Korsakov. De aanvraag voor een machtiging moet uiterlijk twee weken voor afloop van de drie maanden worden ingediend. Bij de aanvraag moet de behandelaar (huisarts, SO of AVG) de diagnose, de prognose, doelstelling en het zorgplan omschrijven en motiveren.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een instelling met verblijfplaatsen. Deze organisatie heeft verpleegkundigen en verzorgenden in dienst. De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts (huisarts, SO of arts VG).

UITSLUITINGEN

De volgende zorg wordt niet vergoed onder de aanspraak op vergoeding van ELV:

a. bij een ernstig en/of acuut psychiatrisch beeld en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is;
b. bij somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in combinatie met verblijf;
c. bij haalbare revalidatiedoelen waarvoor medisch-specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg aangewezen is;
d. indien respijtzorg aangewezen is. Er is/dreigt voor de patiënt geen gezondheidsbedreigende situatie en er is geen (specifieke) medische behandeling noodzakelijk;
e. indien er hoofdzakelijk sociale problemen zijn zoals op het gebied van wonen en/of financiën;
f. indien een verzekerde met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in een intramurale Wlz instelling (verblijf en behandeling) of in de thuissituatie op basis van een Module Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket thuis (VPT).
g. zorg verleend in een instelling die behoort tot de categorie van een 'bijna-thuis-huis'.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17c Verblijf op medische indicatie na CAR-T-celtherapie

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden verblijf na CAR-T-celtherapie. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over u kan houden.

Duur

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft u, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 **ALGEMEEN**

LID 1.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Onder de medisch- specialistische zorg onderscheiden we in deze polisvoorwaarden:

a. Medisch -specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie vanaf lid 2.1);
b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie vanaf lid 3.1);
c. Transgenderzorg (zie vanaf lid 4.1).

Voor de volgende vormen van medisch -specialistische zorg gelden aanvullende voorwaarden:

a. Medisch-specialistische Rrevalidatie (zie artikel 23);
b. Mondzorg geleverd door een kaakchirurg (zie artikel 33);
c. Curatieve GGZ (zie artikel 37);
d. Sportgeneeskunde (zie artikel 41).

LID 2 **KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG**

LID 2.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dit ziet ook op zorg die buiten het ziekenhuis of een ZBC wordt geleverd, onder directe aansturing van de medisch specialist.

Machtiging
U moet vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.
Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing
U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch- specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:
a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
g. Klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts;
h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder
De zorg wordt verleend door of onder supervisie van een medisch specialist.

Eigen risico
Een door een medisch specialist op verzoek van de huisarts in het kader van Huisartsenzorg (zoals bedoeld in artikel 16) verleend advies (meedenkadvies of meekijkconsult) over een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing, valt buiten het eigen risico.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven
Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Voor kaakchirurgie gelden andere voorwaarden, zie hierover artikel 33 lid 4.3 van deze polisvoorwaarden.

Vrije tarieven
Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
d. de volgende aangeboren misvormingen:
    i. lip-, kaak- of gehemeltespleten;
    ii. misvorming van het benig aangezicht;
    iii. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
    iv. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
    v. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging (toestemming) hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 TRANSGENDERZORG

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN TRANSGENDERZORG

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;

c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
h. foniatrie en logopedie;
i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem
Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen
De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:
a. epilatie van borst en ledematen;
b. contourcorrectie van borstkas en heupen;
c. uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
d. psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 4.1 onder d van dit artikel.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen
Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek, begeleiding en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Machtiging
U moet voor de plastisch-chirurgische uiterlijke correcties, de epilatie, de aangezichtschirurgie, de adamsappelreductie, stemverhogende operatie en plaatsen borstprothesen van ons vooraf een machtiging (toestemming) hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist of huidtherapeut de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing
U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder
De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen vruchtbaarheidsgerelateerde zorg
Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

a. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
b. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
c. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevorderen;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of daaropvolgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat er drie pogingen zijn geëindigd. Een poging telt mee indien er sprake is geweest van een geslaagde follikelpunctie. De terugplaatsing van bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een poging eindigt:

- als sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van een geslaagde follikelpunctie of
- als de implantatie van de gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap. Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo-embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing van (overgebleven) cryo-embryo's na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

De kosten voor de opslag van eicellen/zaadcellen (de cryopreservatie zelf) worden gedurende het eerste jaar van de opslag vergoed, zolang ook aan de overige vergoedingsvoorwaarden voor de daarbij toe te passen behandeling wordt voldaan. Na het eerste jaar zijn de kosten voor de opslag (cryopreservatie) voor eigen rekening van de verzekerde.

Uitsluitingen vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel, tenzij er sprake is van een gonadotoxische behandeling;
c. cryopreservatie van eicellen/zaadcellen na het eerste jaar;
d. sterilisatiebehandelingen;
e. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
f. vruchtbaarheidsbehandelingen met een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
b. liposuctie van de buik;
c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
    i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
    ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
h. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose;
i. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in de bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling.

Artikel 19 Voorwaardelijk toegelaten zorg

LID 1 **VOORWAARDELIJK TOEGELATEN ZORG**

Er is zorg die onder bijzondere voorwaarden tijdelijk is toegelaten tot het verzekerde pakket. Het gaat daarbij om de volgende zorg:

a. vanaf 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2 van dit artikel;
b. vanaf 1 januari 2020 tot 1 januari 2029 hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2 onder a van dit artikel;
c. vanaf 1 juli 2021 tot 1 april 2027 behandeling met blaasvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur bij patiënten met blaaspijnsyndroom en niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies (blaasinstillaties), voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2 onderdeel a van dit artikel;
d. de vormen van zorg die door de wetgever na 1 januari 2026 voorwaardelijk worden toegelaten tot het verzekerde pakket. Op de website: www.zorginstituutnederland.nl (zoek naar: 'voorwaardelijk toegelaten zorg') vindt u een actueel overzicht.

LID 2 **ONDERZOEK NAAR ZORG**

Met 'onderzoek' in lid 1 van dit artikel wordt bedoeld:

a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd; en
b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
    i. de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek;
    ii. de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
    iii. de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 20 Geboortezorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de zorg zoals medisch specialisten en verloskundigen plegen te bieden bij:

a. bevalling en kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis; (zie vanaf lid 2 van dit artikel);
b. bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of een instelling (zie vanaf lid 3 van dit artikel);
c. bevalling en/of kraamzorg thuis (zie vanaf lid 4 van dit artikel);
d. verloskundige verrichtingen (zie vanaf lid 6 van dit artikel).

LID 2 BEVALLING EN KRAAMZORG MET MEDISCHE NOODZAAK IN EEN ZIEKENHUIS

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BEVALLING EN KRAAMZORG MET MEDISCHE NOODZAAK IN EEN ZIEKENHUIS OF INSTELLING

Wij vergoeden de medisch- specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging in het ziekenhuis indien opname in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is bij de bevalling. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals (klinisch) verloskundigen en medisch specialisten die plegen te bieden.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van de verloskundige of huisarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of (klinisch) verloskundige.

Kraamzorg in ziekenhuis

Kraamzorg in een ziekenhuis kan alleen voorkomen, aansluitend aan een bevalling, of indien er alsnog een medische noodzaak voor verblijf ontstaat, aansluitend op de bevalling. In dat geval is er sprake van 'verblijf' in de zin van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering en wordt geen eigen bijdrage in rekening gebracht.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg volledig tot aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.

LID 3 BEVALLING EN KRAAMZORG ZONDER MEDISCHE NOODZAAK IN EEN ZIEKENHUIS OF EEN INSTELLING

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden bij bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of instelling:

a. verloskundige zorg tijdens zwangerschap en bevalling;
b. het gebruik van een verloskamer in een instelling voor geboortezorg;
c. de assistentie van de kraamverzorgende (partusassistentie) die tijdens de bevalling wordt verleend. Deze assistentie moet conform het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg worden gegeven;

d. de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) verdeeld over ten hoogste 6 weken te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens de bepalingen in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. Indien u na de bevalling één of meer dagen heeft doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het aantal uren/dagen kraamzorg waar u recht op heeft. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van bevalling.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verloskundigen en kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgaanbieder

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of huisarts. De partusassistentie en kraamzorg wordt verleend door een kraamverzorgende die in dienst is van een geboortecentrum (instelling), kraamcentrum of werkzaam is als zelfstandige. De kraamverzorgende werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg en is ingeschreven in het kwaliteitsregister kraamverzorgenden van het Kenniscentrum.

Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak in een instelling

Het landelijke maximumtarief voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie of een bevalling in een geboortecentrum is € 752,99. Dat betekent dat u na de vergoeding uit de basisverzekering van € 278,- bij een gecontracteerde zorgaanbieder nog maximaal € 474,99 eigen bijdrage betaalt voor de bevalling zelf. Hier kunnen nog kosten bijkomen voor bijvoorbeeld maaltijden en overnachtingen van partners, die u ook zelf moet betalen.

Eigen bijdrage kraamzorg na bevalling zonder medische noodzaak in een instelling

De eigen bijdrage voor zowel moeder als kind/kinderen bedraagt € 22,50 per persoon per dag voor kraamzorg verleend in een instelling, zonder dat hiervoor medische noodzaak is. Als de instelling meer dan € 161,50 per persoon per dag in rekening brengt, moet u het bedrag boven de € 161,50 (per persoon) ook zelf betalen.

Uitsluitingen

Materiaalkosten, logieskosten, maaltijdkosten en gastovernachtingen worden niet vergoed.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 BEVALLING EN KRAAMZORG THUIS

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden bij bevalling en kraamzorg thuis:

a. de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed;
b. de inschrijving bij en intake door het kraamcentrum;

c. de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) tot maximaal twee uur na de volledige bevalling inclusief de (na)geboorte van de placenta (moederkoek);
d. de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) die wordt verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, verdeeld over ten hoogste zes weken, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens de bepalingen in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. Indien u na de bevalling één of meer dagen heeft doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het aantal uren/dagen kraamzorg waarop u recht heeft.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verloskundigen en kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgaanbieder

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of huisarts. De kraamzorg wordt verleend door een kraamverzorgende die in dienst is van een kraamcentrum of werkzaam is als zelfstandige. In beide gevallen werkt de kraamverzorgende volgens het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg en is de kraamverzorgende ingeschreven in het kwaliteitsregister kraamverzorgenden van het Kenniscentrum.

Eigen bijdrage voor kraamzorg thuis

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 5,70 per uur.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden en onze website.

LID 5 VERLOSKUNDIGE VERRICHTINGEN

LID 5.1 ECHO'S

LID 5.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de volgende echo's:

a. algemene termijnecho
b. specifieke diagnose echo's:
    i. biometrie echo: het beoordelen van de groei van het kind;
    ii. echo vanwege bloedverlies;
    iii. begeleidingsecho bij uitwendige versie;
    iv. liggingsecho: het bepalen van de hoofdligging van het kind;
    v. echo lokalisatie placenta: vaststellen waar de placenta zich in de baarmoeder bevindt in het derde trimester van de zwangerschap na vorming van het onderste uterussegment;
    vi. vitaliteitsecho: vaststellen locatie en vitaliteit van de zwangerschap in het eerste trimester van de zwangerschap.
c. echo ter controle van de ligging van een IUD (spiraaltje).

LID 5.1.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De specifieke diagnose echo's vinden uitsluitend plaats op medische indicatie.

LID 5.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden en onze website.

LID 5.2 HET PLAATSEN/VERWIJDEREN VAN EEN IUD (SPIRAALTJE) OF IMPLANTATIESTAAFJE DOOR EEN VERLOSKUNDIGE

LID 5.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden het consult door de verloskundige, het plaatsen/verwijderen van een IUD (spiraaltje)/ implantatiestaafje door een verloskundige en de echo ter controle van de ligging van de IUD indien hier een medische indicatie voor bestaat.

Als een spiraaltje of implantatiestaafje geplaatst wordt door de verloskundige, vallen de kosten van het plaatsen niet onder uw eigen risico. Als deze door de gynaecoloog geplaatst wordt vallen de kosten van het plaatsen wel onder uw eigen risico.

Zie ten aanzien van de kosten van de anticonceptiemiddelen artikel 34 (farmacie) en artikel 35 (hulpmiddelen) van deze polisvoorwaarden.

LID 5.2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het plaatsen van een IUD (spiraaltje) of implantatiestaafje door een verloskundige wordt uitsluitend vergoed als verloskundige staat vermeld in het deelregister anticonceptie van het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Verwijzing

U heeft een recept nodig van uw verloskundige, (huis)arts of specialist als u het anticonceptiemiddel afhaalt bij de apotheek.

LID 5.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden en onze website.

Artikel 21 Eerstelijnsdiagnostiek

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden:

a. laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch-specialistische zorg en/of een zelfstandig huisartsenlaboratorium;
b. radiologisch onderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch-specialistische zorg (de te vergoeden zorgkosten en voorwaarden voor prenatale screening vindt u terug in artikel 20 van deze polisvoorwaarden);
c. functieonderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch-specialistische zorg of huisarts.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden alleen medisch noodzakelijke diagnostiek die volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (de zogenaamde 'NHG standaarden') past binnen de eerstelijnszorg.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van een huisarts, een GGD-arts in het geval van infectieziekte- en tuberculosebestrijding, verloskundige, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

Uitsluitingen

Een algemene gezondheidscheck wordt niet vergoed.

Diagnostiek op verwijzing vanuit het ziekenhuis en zelfstandige behandelcentra valt onder de aanspraak van medisch-specialistische zorg (artikel 18 van deze polisvoorwaarden).

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 22 Ketenzorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden multidisciplinair georganiseerde chronische zorg op het gebied van astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes Mellitus type 2 en Cardiovasculair Risicomanagement.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

De ketenzorg wordt geleverd volgens de landelijk geldende zorgstandaarden die van toepassing zijn op de in lid 1 van dit artikel genoemde aandoeningen.

Verwijzing

U heeft voor de zorg, anders dan geleverd door de huisarts, een verwijzing nodig van uw huisarts.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden en onze website.

Artikel 23 Medisch-specialistische revalidatie

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden bij algemeen medisch specialistische revalidatie en interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Wij vergoeden interdisciplinaire revalidatie in de volgende vormen:

a. revalidatie met verblijf;
b. revalidatie zonder verblijf (deeltijd- of dagbehandeling).

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden algemeen medisch specialistische revalidatie als sprake is van een verzoek tot advies, consult of (mede)behandeling, afkomstig van een verwijzend arts.

Wij vergoeden de kosten van interdisciplinaire revalidatie als:

a. het gaat om een aandoening van het bewegingsapparaat, neurologische aandoening of andere ziekte, die samenhangt met problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen; of om niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dat gepaard gaat met problemen van het bewegingsvermogen, cognitieve problemen, spraak- of slikproblemen of een combinatie daarvan; en
b. u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is; en
c. de zorg plaatsvindt in een instelling voor revalidatie, hiermee bedoelen wij dat de zorg door ons niet wordt vergoed als die wordt uitgevoerd door een revalidatiearts werkzaam in een solistische praktijk.

Medisch-specialistische revalidatie komt daarnaast alleen voor vergoeding in aanmerking als voorliggende zorg bewezen ontoereikend is gebleken.

Machtiging

Voor een behandeling in een niet door ons gecontracteerde instelling voor revalidatie moet u vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben ontvangen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitgevoerd door een team van verschillende soorten zorgaanbieders (multidisciplinair team) onder leiding van een revalidatiearts.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 24 Geriatrische revalidatie

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheden, complexe multimorbiditeit met het doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij.

Wij vergoeden:

a. geriatrische revalidatie met verblijf;
b. geriatrische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Geriatrische revalidatie wordt vergoed als de zorg niet vooraf is gegaan aan een verblijf in een Wlz-instelling waarbij behandelingen zijn uitgevoerd die zijn bekostigd op grond van de Wet langdurige zorg.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u voorafgaand aan de geriatrische revalidatie opgenomen was. Wanneer sprake is van een opname vanuit de thuissituatie, moet er voorafgaand aan de start van de geriatrische revalidatie een geriatrisch assessment worden afgenomen door een geriater of specialist ouderengeneeskunde.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen als een behandeling langer duurt dan zes maanden. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor afloop van de zes maanden worden ingediend. Bij de aanvraag moet de behandelaar de diagnose, de prognose, doelstelling en het zorgplan omschrijven en motiveren.

Voor een behandeling in een door ons niet- gecontracteerde instelling voor geriatrische revalidatie, moet u vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben ontvangen.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team van zorgaanbieders op het gebied van geriatrische revalidatiezorg onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Uitsluiting

De kosten van genees- en hulpmiddelen die integraal worden vergoed via een lopende DBC voor GRZ, worden daarnaast niet afzonderlijk vergoed.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal 90% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor een overzicht van de vergoedingen onze website en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 25 Orgaantransplantatie

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden kosten die samenhangen met orgaantransplantatie.

Vergoeding voor u als ontvanger van orgaan

Wij vergoeden daarbij aan de ontvanger van het orgaan:

a. de transplantatie van weefsels en organen;
b. de specialistisch geneeskundige zorg die te maken heeft met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en met het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor;
c. het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

Vergoeding voor donor

De zorg waarop de donor aanspraak kan maken, komt voor rekening van de verzekering van de ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen, tenzij in dit artikel anders wordt bepaald.

Wij vergoeden aan de donor de kosten van:

a. de zorg die te maken heeft met de opname van deze donor voor de selectie en/of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. De kosten van deze zorg worden tot maximaal dertien weken na het einde van deze opname vergoed. Voor leverdonoren geldt een termijn van maximaal zes maanden.
b. het vervoer binnen Nederland dat de donor, die geen zorgverzekering in Nederland heeft, nodig heeft in verband met:
   - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis;
   - de zorg tot dertien weken, of bij leverdonoren tot zes maanden, na het einde van de opname die hiermee te maken heeft.

Wij vergoeden dit vervoer op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als het vervoer om medisch noodzakelijke redenen met de eigen auto of met een taxi moet plaatsvinden, vergoeden wij deze kosten.

Woont de donor die geen zorgverzekering in Nederland heeft in het buitenland, dan vergoeden wij het vervoer van en naar Nederland als het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland. Ook vergoeden wij de kosten van de donor die te maken hebben met de transplantatie, voor zover deze kosten verband houden met het feit dat de donor in het buitenland woont.

Indien de donor een zorgverzekering in Nederland heeft, dan komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor. Onder het vervoer wordt vervoer binnen Nederland bedoeld als de donor in Nederland woont en van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

De transplantatie moet plaatsvinden volgens de algemeen geldende medische opvattingen en moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast moet de transplantatie van weefsels en organen plaatsvinden in een EU-/EER-lidstaat of in een andere staat als de donor daar woonachtig is en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en is verbonden aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

a. de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
b. eventueel misgelopen inkomsten van een donor.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 26 Dialyse zonder opname

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de kosten van dialyse buiten het ziekenhuis indien dit plaatsvindt in een dialysecentrum of thuis.

Dialyse in een dialysecentrum

Als dialyse plaatsvindt in een dialysecentrum, vergoeden wij:

a. bloedzuivering (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaal dialyse) zonder opname;
b. medisch -specialistische zorg die hiermee te maken heeft en die bestaat uit:
    1. onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
    2. de voor de behandeling benodigde geneesmiddelen;
    3. de psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Dialyse thuis

Indien u de dialyse zelf thuis kunt uitvoeren heeft u daarnaast recht op vergoeding van:

a. het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
b. bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
c. de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;

d. de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
e. overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
f. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen voor de aanpassingen aan en het herstel van de woning zoals hiervoor genoemd onder lid 1, onderdeel d. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Mechanische beademing

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden kosten die samenhangen met mechanische beademing. Daarbij onderscheiden wij de zorg in een beademingscentrum en beademing bij u thuis.

Beademing in beademingscentrum

Als mechanische beademing plaatsvindt in een beademingscentrum, vergoeden wij:
a. de noodzakelijke mechanische beademing;
b. de medisch -specialistische zorg die hiermee te maken heeft.

Beademing bij u thuis

Als mechanische beademing bij u thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum vergoeden wij:
a. de door het beademingscentrum aangeleverde noodzakelijke apparatuur voor de beademing;
b. de medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen die verband houden met de mechanische beademing;
c. een tegemoetkoming in de extra elektriciteitskosten met betrekking tot de mechanische beademingsapparatuur van € 1,44 per dag. Deze tegemoetkoming ontvangt u achteraf per maand.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen voor de tegemoetkoming in de extra elektriciteitskosten zoals genoemd onder lid 1.2 onder c. U kunt daartoe een aanvraagformulier invullen die u kunt terugvinden op onze website.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van verpleging in verband met beademing bij u thuis. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Wlz.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 28 Onderzoek naar kanker bij kinderen

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

In het kader van onderzoek naar kanker bij kinderen vergoeden wij de centrale (referentie)diagnostiek, de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door kinderoncologische centra.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 29 Trombosedienst

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden zorg die wordt geleverd door een trombosedienst. Daarbij vergoeden wij:

a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij de verzekerde;
b. de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
c. het beschikbaar stellen van de apparatuur met toebehoren door de trombosedienst waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
d. de opleiding waarin u leert omgaan met de onder c. genoemde apparatuur en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
e. het advies door de trombosedienst over de toepassing van geneesmiddelen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Verwijzing

Er moet een verwijzing zijn van een huisarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een trombosedienst of een instelling voor medisch-specialistische zorg waar een trombosedienst deel van uitmaakt.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden en onze website.

Artikel 30 Erfelijkheidsonderzoek

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. Daarbij vergoeden wij:

a. het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
b. de erfelijkheidsadvisering;
c. de psychosociale begeleiding die verband houdt met deze zorg;
d. onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een klinisch geneticus die is verbonden aan een klinisch genetisch centrum met een WBMV vergunning.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wettelijke tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 31 Audiologische zorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden:

a. het onderzoek naar de gehoorfunctie;
b. de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
c. de voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
d. de psychosociale zorg in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dat noodzakelijk is;
e. de hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een kinderarts, keel-, neus- en oorarts, een klinisch fysicus audioloog of een triage audicien.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een instelling voor medisch-specialistische zorg of een audiologisch centrum.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 32 Paramedische zorg

LID 1 **ALGEMEEN**

Wij vergoeden paramedische zorg. Hieronder valt:

a. Fysiotherapie en/of oefentherapie. Wij maken daarbij onderscheid tussen zorg aan verzekerden jonger dan 18 en verzekerden van 18 jaar of ouder (zie vanaf lid 2 van dit artikel);
b. Valpreventie (zie vanaf lid 3 van dit artikel);
c. Ergotherapie (zie vanaf lid 4 van dit artikel);
d. Logopedie (zie vanaf lid 5 van dit artikel);
e. Diëtetiek (zie vanaf lid 6 van dit artikel).

Voor fysiotherapie en/of oefentherapie in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 43 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 FYSIOTHERAPIE EN/OF OEFENTHERAPIE

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Als u 18 jaar of ouder bent

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie:

a. vanaf de 21ste behandeling als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst van aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie' (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vergoeding vindt plaats per aandoening en uiterlijk tot de maximumperiode genoemd op deze lijst indien medisch noodzakelijk. Meer informatie vindt u op onze website.
b. vanaf de eerste behandeling maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
c. vanaf de eerste behandeling heeft u recht op oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.
d. als het gaat om gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat ten hoogste 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.
e. vanaf de eerste behandeling als het gaat om gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD), indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
f. vanaf de eerste behandeling langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
g. vanaf de eerste behandeling bij de ziekte van Huntington;
h. vanaf de eerste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen;

Als u jonger dan 18 jaar bent

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie:

a. vanaf de eerste behandeling als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst van aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie' (Bijlage 1 van het 'Besluit zorgverzekering'). Vergoeding vindt plaats per aandoening en uiterlijk tot de maximumperiode genoemd op deze lijst indien medisch noodzakelijk. Meer informatie vindt u op onze website.
b. als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die niet op de 'Lijst van aandoeningen' staat; in dat geval vergoeden we per aandoening maximaal negen behandelingen per indicatie per jaar. Als er na deze negen behandelingen nog een medische noodzaak is voor verdere behandeling, dan vergoeden wij maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening; het maximum aantal te vergoeden behandelingen bedraagt dus achttien.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Onderstaande voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook therapieën die worden aangeboden door manueel therapeuten, bekkentherapeuten, (kinder)oefentherapeuten en oedeemtherapeuten.

De behandeling is medisch noodzakelijk en moet een in redelijkheid te bereiken doel dienen.

Verklaring medische indicatie

Een arts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant moet een schriftelijke verklaring afgeven waaruit blijkt dat sprake is van een aandoening die voorkomt op de 'Lijst van aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie' (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering).

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de hieronder genoemde zorgaanbieders:

ZORGAANBIEDER	TE LEVEREN ZORG
Bekkentherapeut.	Bekkentherapie.
Fysiotherapeut.	Fysiotherapie.
Geriatriefysiotherapeut.	Geriatriefysiotherapie.
Kinderfysiotherapeut.	Kinderfysiotherapie.
Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck.	Kinderoefentherapie.
Fysiotherapeut met kwalificatie RA of axSpA	Fysiotherapie bij reuma of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen
Manueel therapeut.	Manuele therapie.
Oedeemtherapeut	Lymfoedeemtherapie.
Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.	Oefentherapie.

Behandeling aan huis

Als een verzekerde vanwege een medische reden niet naar de praktijk kan komen, kan een behandeling aan huis of een aan huis toeslag worden vergoed.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 VALPREVENTIE

LID 3.1 ALGEMEEN

Valpreventie, wordt in een ketenaanpak in samenwerking met gemeenten vormgegeven en bestaat uit een valrisicotest, een valrisicobeoordeling en een advies op maat met de in te zetten interventies om het hoge valrisico weg te nemen of te verminderen. Wij vergoeden daarbij:

a. de valrisicobeoordeling, en
b. de valpreventieve beweeginterventie.

LID 3.2 VALRISICOBEOORDELING

LID 3.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de valrisicobeoordeling indien een valrisicotest heeft aangetoond dat er sprake is van een hoog valrisico. Een valrisicobeoordeling bestaat uit een gestructureerde vragenlijst en gaat na welke individuele risicofactoren aan de basis liggen van het hoge valrisico. Een valrisicobeoordeling leidt tot een individueel advies waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen.

LID 3.2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De valrisicobeoordeling richt zich op het bepalen van de oorzaken die aan het hoge valrisico ten grondslag liggen en het geven van advies op maat om het risico op een val te verminderen.

Zorgverlener

De valrisicobeoordeling wordt uitgevoerd door een huisarts.

Duur

De valrisicobeoordeling wordt voor maximaal vier aaneengesloten kwartieren vergoed. Een evaluatie van de valrisicobeoordeling, wordt voor maximaal één kwartier vergoed.

LID 3.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3.3 VALPREVENTIEVE BEWEEGINTERVENTIE

LID 3.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Een valpreventieve beweeginterventie wordt vergoed voor verzekerden met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.

LID 3.3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Als uit de valrisicobeoordeling blijkt dat begeleiding op het niveau van een fysio- of oefentherapeut aangewezen is, vergoeden wij de valpreventieve beweeginterventie.

Interventie

De valpreventieve beweeginterventie is gericht op het verminderen van het risico op vallen en het letsel door zich te richten op kracht, balans en uithoudingsvermogen. De valpreventieve beweeginterventie voldoet aan de criteria zoals gesteld in het beoordelingskader van het Zorginstituut 'Valpreventieve beweeginterventies binnen de Zorgverzekeringswet'. Zie het vergoedingenoverzicht op onze website voor de interventies.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts. De verwijzer stelt aan de hand van de valrisicobeoordeling (zie lid 3.2) vast of een beweeginterventie met begeleiding op het niveau van een fysio- of oefentherapeut aangewezen is.

Zorgverlener

De valpreventieve beweeginterventie wordt uitgevoerd door:

a. een fysiotherapeut, ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register, óf;
b. een oefentherapeut, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici

Hierbij geldt dat de zorgverlener (fysiotherapeut of oefentherapeut):

a. een opleiding heeft afgerond voor het uitvoeren van de valpreventieve beweeginterventie en van deze opleiding is vastgesteld dat dit leidt tot registratie in het register valpreventieve beweeginterventie;
b. staat geregistreerd in het register valpreventieve beweeginterventie;
c. kennis heeft van de sociale kaart voor ouderen van de gemeente waarin de praktijk is gevestigd; en
d. aantoonbaar op structurele basis samenwerkt met beweeg- of buursportcoach(es) van de gemeente.

LID 3.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ERGOTHERAPIE

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden voor maximaal tien behandeluren per jaar de advisering, instructie, training of behandeling uitgevoerd door een ergotherapeut.

Voor ergotherapie in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 43 van deze polisvoorwaarden.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De behandeling van de ergotherapeut heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Dit doel moet een in redelijkheid te bereiken doel zijn.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

Behandeling aan huis

Indien een verzekerde aanspraak kan maken op de onder lid 3 genoemde zorg en vanwege een medische reden niet naar de praktijk kan komen, kan een behandeling aan huis of een aan huis toeslag worden vergoed.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 LOGOPEDIE

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden logopedie. Voor logopedie in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 43 van deze polisvoorwaarden.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De behandeling van de logopedist heeft een geneeskundig doel. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Dit doel moet een in redelijkheid te bereiken doel zijn.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een logopedist. Voor behandelingen Afasie, Hanen ouderprogramma, Integrale zorg stotteren, Preverbale logopedie (eten en drinken) en Stotteren moet de logopedist te zijn ingeschreven bij het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF).

Behandeling aan huis

Als een verzekerde vanwege een medische reden niet naar de praktijk kan komen, kan een behandeling aan huis of een aan huis toeslag worden vergoed.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen behandelingen met een onderwijskundig doel en behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

LID 5.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 DIËTETIEK

LID 6.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

a. zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar;
b. zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Diabetes type 2 bij volwassenen, COPD en VRM Ketenzorg).

Voor diëtetiek in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 43 van deze polisvoorwaarden.

LID 6.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Diëtetiek zoals vermeld in lid 6.1, sub b van dit artikel wordt uitsluitend vergoed als het onderdeel is van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Ketenzorg) voor chronische obstructieve longziekte (COPD), diabetes type 2 bij volwassenen of vasculair risico (VRM). De zorg omvat voorlichting zoals diëtisten die plegen te bieden met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg wordt alleen vergoed wanneer de verwijzend huisarts aangesloten is bij een zorggroep waarmee wij een overeenkomst hebben afgesloten in het kader van ketenzorg voor chronische aandoeningen.

Verwijzing

U heeft alleen een verwijzing nodig van een arts of medisch specialist indien de zorg onderdeel uitmaakt van voornoemde ketenzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een diëtist.

Behandeling aan huis

Als een verzekerde vanwege een medische reden niet naar de praktijk kan komen, kan een behandeling aan huis of een aan huis toeslag worden vergoed.

LID 6.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 33 Mondzorg

LID 1 **ALGEMEEN**

Wij vergoeden de kosten van in dit artikel beschreven mondzorg. Daarbij onderscheiden wij:

a. bijzondere tandheelkunde (voor alle leeftijden), zie lid 2 van dit artikel;
b. mondzorg voor verzekerden onder de 18 jaar, zie lid 3 van dit artikel;
c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie lid 4 van dit artikel:
    i. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard;
    ii. uitneembare protheses (kunst- en klikgebit);
d. tandvervangende hulp, zie lid 5 van dit artikel.

Wanneer een afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak te vervallen.

De aanspraak op bijzondere orthodontische hulp eindigt daarbij op het moment dat de beugel is verwijderd, de retentieapparatuur geplaatst is en noodzakelijke nacontroles zijn afgerond.

LID 2 **BIJZONDERE TANDHEELKUNDE**

LID 2.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden tandheelkundige zorg (bijzondere tandheelkunde) wanneer een gebit zonder die zorg niet de normale tandheelkundige functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

LID 2.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Voor een vergoeding op mondzorg zoals bedoeld in dit artikel moet sprake zijn van één van de in lid 2.1 onder a tot en met c genoemde indicaties.

Als het gaat om mondzorg die bestaat uit het plaatsen van implantaten in een tandeloze kaak en/of orthodontie, gelden de hieronder genoemde aanvullende voorwaarden.

Implantaten in een tandeloze kaak

Een implantaat valt onder een situatie zoals bedoeld onder lid 2.1 onder a, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. De implantaten moeten dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen.

Wij vergoeden niet het verwijderen van een geplaatst implantaat.

Orthodontische hulp
Orthodontische zorg wordt vergoed in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel als er tevens medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Hierbij vergoeden wij niet het documenteren en bespreken van gegevens uit een elektronische chip die is geplaatst in uitneembare apparatuur (declaratiecodes: F611B en F611C).

Machtiging
U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen. Zie hierover ook artikel 15 lid 7.

Als er meerdere zorgaanbieders zijn betrokken bij de behandeling, vraagt iedere zorgaanbieder toestemming voor zijn eigen behandeldeel.

Zorgaanbieder
Bijzondere tandheelkunde moet worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist.

Orthodontische hulp zoals bedoeld in dit artikel moet worden verleend door een orthodontist die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

Gnathologische hulp (behandelingen voor kaakgewrichtsklachten (OPD-B)) moet worden uitgevoerd door een NVGPT geregistreerde tandarts-gnatholoog of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Eigen bijdrage
Er geldt een eigen bijdrage voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie (de aandoening) die heeft geleid tot de tandheelkundige zorg. De eigen bijdrage is het bedrag ter grootte van het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als er geen sprake zou zijn van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven
Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 3 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN ONDER DE 18 JAAR

LID 3.1 TE VERGOEDEN KOSTEN

Voor verzekerden jonger dan achttien jaar vergoeden wij ook:

a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
b. incidenteel tandheelkundig consult;
c. verwijderen van tandsteen;
d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen, niet zijnde melktanden);
f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
g. anesthesie (verdoving);
h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
k. uitneembare prothetische voorzieningen;
l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

U moet voor de volgende zorg vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen:

a. voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar;
b. voor het maken van een orthopantomogram (X21), een schedelfoto (X24) en 3D-foto (X25 en X26). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Deze foto's moeten met F-codes worden gedeclareerd en kunnen alleen worden vergoed in een aanvullende verzekering.
c. voor sealings als er na het plaatsen van de sealings in totaal meer dan 12 sealings in de mond aanwezig zullen zijn;
d. voor botankers of mini-implantaten. Een machtiging wordt uitsluitend afgegeven als de bijbehorende behandeling ook onder de aanspraak valt (zoals bijzondere orthodontische hulp);
e. voor het plaatsen van een autotransplantaat. Vanwege de complexiteit van deze behandeling wordt uitsluitend een machtiging afgegeven aan een NVVP erkend parodontoloog.

Zorgaanbieder

De zorg moet worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist.

Uitsluitingen

a. Kroon- en brugwerk en/of implantaten, tenzij het bijzondere tandheelkundige hulp betreft zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel of tandvervangende hulp zoals bedoeld in lid 5 van dit artikel.
b. Orthodontische hulp, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's, tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft.
c. Gebitsbeschermer/mondbeschermer: tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft (M61).

d. Uitwendig bleken (E97).
e. Beslijpen en/of behandelen melkelement (M05).
f. Behandeling van witte vlekken (M80 en M81).
g. Opstellen en bespreken behandelplan, tenzij het hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde betreft (C012).
h. Behandeling met myofunctionele apparatuur (G74* en G76*).
i. Cosmetische mondzorg (K001, K002, K003 en K004).

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor een overzicht van de vergoedingen onze website en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan bedoeld in lid 2:
a. kaakchirurgie;
b. uitneembare volledige gebitsprothesen (kunst- en klikgebit).

KAAKCHIRURGIE

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden zorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie.

LID 4.1.1 VOORWAARDEN

Machtiging

U moet voor de volgende zorg vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen:
a. Implantologie;
b. Botopbouw;
c. Narcose;
d. Osteotomie;
e. Kaakcorrecties, en
f. MRA.

Iedere behandelaar die bij de behandeling betrokken is, geeft voor elk afzonderlijk onderdeel een onderbouwing. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient met die onderbouwingen en een zorgplan de aanvraag voor toestemming in.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing
Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

Zorgaanbieder
De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

Uitsluitingen
Onder de vergoeding valt niet parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat in een dentate kaak, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een implantaat. Dit geldt ook voor de zorg die daarmee samenhangt, zoals intake, diagnostiek of verblijf in het ziekenhuis waar de behandeling wordt gegeven.

LID 4.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de tarieven die wij met gecontracteerde zorgaanbieders hebben afgesproken. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4.2 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) EN KLIKGEBIT

LID 4.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden met betrekking tot een kunst- of klikgebit:

a. de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese), een uitneembaar volledig kunstgebit of een uitneembaar volledig klikgebit voor de boven- en/of onderkaak;
b. de kosten van de reparatie en/of rebasen (opvullen) van een volledig (nood)kunstgebit, kunstgebit of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak.

LID 4.2.2 VOORWAARDEN

Specifieke voorwaarden voor het klikgebit
Er is pas aanspraak op een klikgebit nadat er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Machtiging bij kunst- en klikgebit
U moet voor de volgende zorg vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen:

a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit, inclusief techniekkosten, meer dan € 885,- per onder- of bovenkaak bedragen;
b. een klikgebit;
c. vervanging van het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na plaatsing, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;

Als er meerdere zorgaanbieders zijn betrokken bij de behandeling, vraagt iedere zorgaanbieder toestemming voor zijn eigen behandeldeel.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder bij kunst- en klikgebit
De zorg moet worden verleend door een tandarts of tandprotheticus.

Eigen bijdrage kunstgebit
Voor een kunstgebit gelden de volgende eigen bijdragen:
a. 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood)kunstgebit;
b. 10% van de kosten (inclusief techniekkosten) voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

Eigen bijdrage klikgebit
Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:
- *Onderkaak*
  10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten.
- *Bovenkaak*
  8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- *Het plaatsen van een klikgebit in de onder- of bovenkaak, waarbij er in één kaak een kunstgebit wordt geplaatst en in de andere kaak een implantaat gedragen klikgebit (declaratiecode J080)*
  17% van het honorarium en de materiaal- en techniekkosten.
- *Rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit*
  10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

LID 4.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven
Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 5 TANDVERVANGENDE HULP

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden tandvervangende hulp als de fronttanden niet zijn aangelegd of als gevolg van een ongeval verloren zijn gegaan.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen
Het moet gaan om tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, waaronder het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het directe gevolg is van een ongeval.

De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. De zorg moet zijn geleverd voordat de verzekerde drieëntwintig jaar oud is.

Machtiging
U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen. Zie hierover ook artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Als er meerdere zorgaanbieders zijn betrokken bij de behandeling, vraagt iedere zorgaanbieder toestemming voor zijn eigen behandeldeel.

LID 5.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven
Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 34 Farmacie

LID 1 ALGEMEEN

Wij onderscheiden binnen de vergoeding voor farmacie:
a. geneesmiddelen (zie lid 2 tot en met 7 van dit artikel);
b. farmaceutische zorg (zie vanaf lid 8 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:
a. geregistreerde geneesmiddelen (zie vanaf lid 2 van dit artikel);
b. zelfzorggeneesmiddelen (zie vanaf lid 3 van dit artikel);
c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (magistrale bereiding) (zie vanaf lid 4 van dit artikel);
d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie vanaf lid 5 van dit artikel);
e. dieetpreparaten (zie vanaf lid 6 van dit artikel);
f. farmaceutische zorg (zie vanaf lid 7 van dit artikel).

Geneesmiddelen waarvan de kosten al zijn opgenomen in een DBC (declaratiecode die binnen de medisch specialistische zorg wordt gebruikt), worden niet afzonderlijk vergoed.

LID 2 GENEESMIDDELEN

LID 2.1 ALGEMENE VOORWAARDEN

Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage en sommige geneesmiddelen kennen extra voorwaarden (zie lid 2.2).

Bijlage 2 geneesmiddelen
In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Voorschrift
De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

Zorgaanbieder
De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Uitwisselbare geneesmiddelen (voorkeursbeleid)
Er zijn diverse merken en varianten beschikbaar van onderling uitwisselbare geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm of vergelijkbare toedieningsvorm (cluster). Of een geneesmiddel binnen een bepaald cluster voor vergoeding in aanmerking komt, hangt af van de vraag of het door ons is aangewezen. Binnen een aantal clusters hebben wij één of meerdere geneesmiddelen aangewezen die wij vergoeden, daarop voeren wij dus een voorkeursbeleid.

De keuzes binnen het voorkeursbeleid hebben wij zodanig gemaakt dat van de desbetreffende werkzame stoffen ten minste één geneesmiddel beschikbaar is. Op onze website kunt u teruglezen welke geneesmiddelen wij hebben aangewezen.

Als wij één of meerdere geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, komen alleen die geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking tot aan het wettelijk maximumtarief; de andere geneesmiddelen binnen dat cluster komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Binnen de clusters waar DSW geen voorkeursbeleid voert zijn alle geneesmiddelen aangewezen. Bij die clusters zal uw apotheker bij aflevering een doelmatige keuze voor een geneesmiddel binnen dat cluster voorstellen.

Voor alle aangewezen geneesmiddelen geldt dat de kosten van deze geneesmiddelen voor de helft meetellen voor het Eigen Risico.

Machtiging
U moet voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden (bijlage 2 geneesmiddelen), vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

Reglement Farmacie

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot farmaceutische zorg en geneesmiddelen een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

Eigen bijdrage

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. *Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*
   Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250.
b. *Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*
   Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
f. vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
i. geneesmiddelen en inentingen die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

LID 3 ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen die behoren tot één van de volgende groepen:

a. laxeermiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
b. geneesmiddelen bij allergie;
c. geneesmiddelen tegen diarree;
d. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
e. kunsttranen.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

U moet het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden nodig hebben en het moet zijn voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen. Het zelfzorggeneesmiddel wordt vergoed vanaf de 16e dag dat u het geneesmiddel gebruikt.

De in lid 5.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie ook lid 2.2 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd.

LID 3.3 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u voor de aflevering van een zelfzorggeneesmiddel naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de zelfzorggeneesmiddelen tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT (MAGISTRALE BEREIDING)

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationele farmacotherapie gaat.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

Machtiging

Voor sommige vormen van rationele farmacotherapie is een voorafgaande machtiging (toestemming) nodig. Zie daartoe het Reglement Farmacie. Zie voor meer informatie over machtigingen ook artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Uitsluitingen

Magistrale bereidingen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

LID 4.3 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u voor de aflevering van een magistrale bereiding naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de magistrale bereiding tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 NIET (IN NEDERLAND) GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

a. geneesmiddelen waarvoor, met inachtneming van artikel 5 van richtlijn 2001/83 en overeenkomstig bij ministeriële regeling te stellen regels, door de Inspectie gezondheidszorg en jeugd voor bepaalde tijd een ontheffing of vrijstelling is verleend en,
   i. die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet,of
   ii. die in de h andel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners, of
   iii. die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van de Geneesmiddelenwet,
b. een geneesmiddel waaraan op grond van artikel 52 van de Geneesmiddelenwet een handelsvergunning is verleend en indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van de Geneesmiddelenwet.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het moet gaan om rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. In het Reglement Farmacie vindt u nadere voorwaarden.

LID 6 DIEETPREPARATEN

LID 6.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden onder bepaalde voorwaarden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

LID 6.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast is uitsluitend vergoeding mogelijk wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Tevens heeft u:

a. een stofwisselingsstoornis; of
b. een voedselallergie; of
c. een resorptiestoornis; of
d. een ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de meest recente landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.

LID 6.3 **ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u voor de aflevering van dieetpreparaten naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de dieetpreparaten tot maximaal 70% van de apotheekinkoopprijs (AIP) vermeerderd met de BTW. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 7 **FARMACEUTISCHE ZORG**

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

LID 7.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel. Zie daartoe ook artikel 4 van het Reglement Farmacie.

LID 7.2 **ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST**

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 35 Hulpmiddelen

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen die de overheid heeft aangewezen. Niet alle hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de aangewezen hulpmiddelen verder beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
d. de hulpmiddelen die in eigendom of bruikleen worden verstrekt;
e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Hulpmiddelen die onder de aanspraak op geneeskundige zorg vallen, zoals medisch specialisten die plegen te bieden (medisch specialistische zorg), worden niet afzonderlijk vergoed. Deze kosten worden vergoed via een DBC.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden en kunt u vinden op onze website.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Er moet zijn voldaan aan alle voorwaarden zoals genoemd in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.

Machtiging

Voor welke hulpmiddelen u voorafgaand een machtiging (toestemming) moet aanvragen staat beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. Bij gecontracteerde leveranciers is het mogelijk dat zij, in samenspraak met u, de machtiging voor u bij ons aanvragen. Indien wij geen overeenkomst hebben met de leverancier, bent u zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van de machtiging. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing en voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing en/of voorschrift nodig is en wie deze afgeeft.

Eigen bijdrage

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage. Zie daartoe het Reglement Hulpmiddelen.

Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij op de afgegeven machtiging (toestemming) bij dat hulpmiddel anders bepalen.

Neemt u het hulpmiddel af van een leverancier met wie wij voor het hulpmiddel geen overeenkomst hebben gesloten, dan houden wij deze eigen bijdrage in op de vergoeding.

Uitsluitingen

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

a. kosten die boven de wettelijke maximumvergoeding uitkomen. U vindt de maximumbedragen in het Reglement Hulpmiddelen;
b. kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel (gebruikskosten). Zie hiervoor het Reglement Hulpmiddelen;
c. hulpmiddelen die bekostigd worden op grond van de Wlz, Wmo 2015, WIA of hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat vanuit de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

LID 3 **ZORG VAN LEVERANCIER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een leverancier gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en Zzie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.

Artikel 36 Ziekenvervoer en logeervergoeding

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de kosten van vervoer, waarbij wij de volgende vormen onderscheiden:

a. ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen (zie vanaf lid 2 van dit artikel);
b. ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi (zie vanaf lid 3 van dit artikel);
c. de vervangende logeervergoeding indien ziekenvervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is (zie vanaf lid 4 van dit artikel)

LID 2 **ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE**

LID 2.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE**

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.

LID 2.2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het ziekenvervoer per ambulance moet medisch noodzakelijk zijn en zijn vastgesteld door de regionale ambulancepost, waarbij een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Vergoed worden de kosten van het vervoer:

a. naar een zorgaanbieder waar u zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komen;
b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
c. indien u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon of zorginstelling waar u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het op basis van de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders (de gemeente);

d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
e. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
f. van eerder genoemde zorgaanbieders naar uw eigen woning of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs de verzorging niet kan ontvangen.

Machtiging
U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u met een ander vervoermiddel vervoerd moet worden. In andere (waaronder spoedeisende) gevallen is geen machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Een machtiging kan worden aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder
Het ambulancevervoer wordt uitgevoerd door een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) die door het ministerie van VWS is aangewezen.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 3 ZIEKENVERVOER (PER AUTO, OPENBAAR VERVOER OF TAXI)

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN ZIEKENVERVOER (PER AUTO, OPENBAAR VERVOER OF TAXI)

Wij vergoeden:
a. de door u bij ons aangevraagd ziekenvervoer per eigen auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi zolang u daarvoor toestemming van ons hebt gekregen. Aan de hand van de aanvraag wordt vastgesteld welk soort vervoer (openbaar vervoer, auto of taxi) u nodig heeft. Als u om medische redenen niet met het openbaar vervoer of eigen vervoer kan reizen, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel als u daarvoor vooraf van ons toestemming heeft gekregen.
   Voor ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,40 per kilometer. Het aantal kilometers wordt berekend aan de hand van de ANWB routeplanner. Wij gaan uit van de snelste route. Daarbij wordt geen rekening gehouden met omleidingen, blokkades, persoonlijke voorkeuren in weggebruik en het ontwijken van files. U kunt in de ANWB routeplannen het vinkje bij 'Route houdt rekening met actueel verkeer' uitzetten om tot de juiste berekening te komen.
b. het vervoer van een begeleider (niet zijnde de bestuurder van de auto), indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij het vervoer van twee begeleiders toestaan. Er is geen afzonderlijke aanspraak op vergoeding van het vervoer van de begeleider wanneer de verzekerde zich niet tegelijkertijd in het vervoermiddel bevindt.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het moet gaan om vervoer tussen de eigen woning, verpleegadres of Wlz-instelling waar u verblijft naar een persoon of instelling die zorg aan u zal leveren die onder de dekking van deze zorgverzekering valt en waarbij u:

a. een behandeling voor nierdialyse moet ondergaan;
b. oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
c. zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen;
d. een zodanig beperkt gezichtsvermogen heeft dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
e. jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid;
f. bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg als bedoeld in artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering;
g. bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking (zie ook artikel 43 van deze polisvoorwaarden).

Het vervoer zoals genoemd in de onderdelen a en b omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Het ziekenvervoer wordt vergoed tot maximaal 200 kilometer (over een enkele reisafstand) tenzij u van ons een machtiging (toestemming) heeft voor reizen over een grotere afstand.

Hardheidsclausule

Buiten de hiervoor genoemde situaties onder a tot en met g inclusief het vervoer naar consulenten, onderzoek en controles zoals onder de opsomming is genoemd, kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule indien u in verband met een behandeling die valt onder de dekking van deze zorgverzekering langdurig bent aangewezen op ziekenvervoer, en het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. U moet hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van een BIG-geregistreerde zorgverlener zoals een huisarts of medisch specialist. Als er daarna eventuele wijzigingen in de situatie optreden dient u ons daarover zo snel mogelijk te informeren. Een gewijzigde locatie en het aantal ritten kan bijvoorbeeld invloed hebben op de vergoeding. Door tijdig wijzigingen door te geven voorkomt u eventuele onvoorziene kosten. Meer informatie vindt u op onze website.

Machtiging

U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

De machtiging voor het ziekenvervoer moet zijn aangevraagd door een BIG geregistreerde zorgverlener zoals een huisarts of medisch specialist.

Vervoerder

Als het ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet er sprake zijn van een gekwalificeerde taxivervoerder die over de juiste vergunning beschikt. Zie ook onze website en de brochure over ziekenvervoer. Voor een overzicht van de door DSW gecontracteerde taxibedrijven kunt u tevens de website raadplegen.

Eigen bijdrage

Voor ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 134,- per jaar. Deze eigen bijdrage geldt niet in de volgende gevallen:

a. voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de zorgverzekering of de Wlz bent opgenomen naar een andere instelling waarin u ten laste van de zorgverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onder a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
c. voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Afsprakenkaart

Als u gebruik maakt van een vervoerder waar wij geen overeenkomst mee hebben, moet u bij het indienen van uw declaratie bij ons, een bewijs meesturen van de afspraak bij de instelling waar u de zorg heeft ontvangen.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u wordt vervoerd door een niet-gecontracteerde vervoerder, vergoeden wij uw ziekenvervoer tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 LOGEERVERGOEDING

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN LOGEERVERGOEDING

Wij vergoeden kosten die u maakt voor een overnachting die nodig is om een behandeling te kunnen ondergaan. Daarbij vergoeden wij 2 of meer overnachtingen in de buurt van de locatie waar u behandeld wordt. De logeervergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per nacht.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Wanneer u meerdere dagen achter elkaar wordt behandeld en u voor deze behandelingen ver moet reizen, kan het minder belastend zijn om in de buurt van uw behandellocatie te logeren. U komt in aanmerking voor een logeervergoeding als u aangewezen bent op ziekenvervoer conform lid 3 van dit artikel en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is.

De logeervergoeding komt in de plaats van de vergoeding van ziekenvervoer. Hiervan zijn uitgezonderd de vervoerskosten van de heenreis op de eerste dag van de behandeling en de vervoerskosten van de terugreis op de laatste dag van de behandeling. Het vervoer voor de heenreis naar de behandellocatie én de terugreis op de laatste dag van de behandeling, valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer, zoals genoemd in lid 3 van dit artikel.

Machtiging
U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen. Daarom raden wij u aan om tijdig contact met ons op te nemen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage
De eigen bijdrage voor ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) is niet van toepassing op de logeervergoeding.

Artikel 37 Curatieve geestelijke gezondheidszorg

LID 1 **ALGEMEEN**

GGZ settingen
Curatieve GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. Dit worden 'settingen' genoemd. De Curatieve GGZ moet binnen één van de onderstaande settingen worden geleverd:

a. Setting 1: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg is geleverd door een vrijgevestigde zorgaanbieder conform kwaliteitsstatuut sectie II.
b. Setting 2: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg monodisciplinair is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
c. Setting 3: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg multidisciplinair (door meer dan twee verschillende soorten behandelaren) is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
d. Setting 4: zorgverlening die wordt gekwalificeerd als 'Outreachend'. Dit houdt in dat de zorgverlening plaatsvindt buiten de instelling en door een multidisciplinair team wordt geleverd.
e. Setting 5: Klinische setting (behandeling met verblijf).
f. Setting 6: Klinische setting (behandeling met verblijf) waarin in een instelling forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
g. Setting 7: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarin forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
h. Setting 8: setting waarin hoogspecialistische multidisciplinaire zorg wordt geleverd. Dit kan zowel ambulant (zonder verblijf) als klinisch (met verblijf) plaatsvinden. Deze zorg kan uitsluitend worden gedeclareerd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor iedere setting geldt dat er alleen aanspraak op vergoeding bestaat als er een medische noodzaak is voor behandeling in de desbetreffende setting. Op basis van de zorgvraag wordt de setting bepaald. Het genoemde kwaliteitsstatuut betreft door de beroepsgroep vastgestelde normen.

De noodzaak voor een bepaalde setting kan gedurende de behandeling wijzigen. Het is derhalve mogelijk dat gedurende de gehele behandeling de behandeling in opvolgend meerdere settingen plaatsvindt.

Kwaliteitsstatuut
De zorgaanbieder beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Wet langdurige zorg
De Wet langdurige zorg (Wlz) is voorliggend op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Indien tijdens de behandeling blijkt dat de behandeling in aanmerking kan komen voor bekostiging op grond van de Wlz zal de zorg niet meer vergoed worden op basis van de zorgverzekering.

Overgang Jeugdwet
Verzekerden die onder de Jeugdwet zijn behandeld en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kunnen de behandeling voortzetten onder dezelfde regiebehandelaar. De regiebehandelaar dient daarbij te zijn opgenomen in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut (te vinden op: www.zorginzicht.nl). De behandeling kan maximaal 365 dagen duren vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.

LID 2.1 VERKENNEND GESPREK (VANAF 18 JAAR)

LID 2.1.2 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN
Een 'verkennend gesprek' met hulpverleners uit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarin wordt bepaald wat de hulpvraag is van mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, zoals schulden of eenzaamheid. Het doel van het gesprek is om mensen snel en op de juiste plek te helpen.

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoeden wij het verkennend gesprek. Voor verzekerden onder de 18 jaar is vergoeding alleen mogelijk vanuit de Jeugdwet.

LID 2.1.3 VOORWAARDEN
Algemeen
Er moet sprake zijn van een (vermoeden van) een psychische stoornis. Als er daarnaast problemen zijn op andere levensdomeinen, kan een verkennend gesprek meerwaarde hebben, omdat het sociaal domein direct bij een cliënt wordt betrokken. Bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een (vermoeden van) een psychische stoornis, kan de huisarts met ondersteuning van de poh-GGZ de patiënt zelf behandelen en zo nodig verwijzen naar het sociaal domein.

Verwijzing
U heeft een verwijzing van de huisarts nodig.

Interventie
Bij het verkennend gesprek zijn zorgverleners vanuit de GGZ én het sociaal domein betrokken. Indien mogelijk sluit ook een ervaringsdeskundige uit de GGZ of het sociaal domein aan. Hoewel de betrokkenheid van een professional uit het sociaal domein vereist is, komt de betrokkenheid van deze professional niet in aanmerking voor vergoeding vanuit deze polisvoorwaarden, de kosten hiervoor vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Bij voorkeur neemt ook een naaste van de persoon deel in het verkennend gesprek. Dit kan een gezins of familielid zijn, maar bijvoorbeeld ook een vriend(in).

Voor het verkennend gesprek geldt een contractvereiste, dit betekent dat u alleen recht op vergoeding hebt als u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Duur
Doorgaans volstaat één verkennend gesprek. Bij complexe hulpvragen kunnen dit er maximaal twee zijn. Een verkennend gesprek duurt in de regel 1 uur en kan op locatie of online plaatsvinden.

Zorgaanbieder
De huisarts of poh-ggz bekijkt of een verkennend gesprek kan helpen. Professionals uit de GGZ verlenen GGZ-expertise tijdens het verkennend gesprek in de vorm van een advies aan de huisarts.

Ingezette expertise vanuit het sociaal domein valt niet onder de vergoeding, dit valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Eigen risico
Het eigen risico is niet van toepassing op het verkennend gesprek.

LID 2.2 GGZ ZONDER VERBLIJF (SETTING: 1, 2, 3, 4, 7, 8)

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Curatieve GGZ zonder verblijf in setting 1, 2, 3, 4, 7 en 8 betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorg geleverd binnen een vrijgevestigde praktijk (kwaliteitsstatuut sectie II) valt uitsluitend in setting 1.

LID 2.2.2 AANVULLING TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BINNEN SETTING 4

De setting Outreachend (setting 4) omvat Curatieve GGZ die overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. Outreachende zorg is uitsluitend mogelijk als dit om medische redenen noodzakelijk is. Uit het medisch dossier moet duidelijk blijken waarom zorg in de setting Outreachend noodzakelijk is en waarom behandeling in een andere setting niet mogelijk is.

Voorbeelden van locaties zijn thuis bij de verzekerde of op de werkplek van de verzekerde. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

De setting Outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting Outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. De zorg is patiënt-volgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantoortijden. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdend is en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

LID 2.2.3 AANVULLING TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BINNEN SETTING 7

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Forensische en beveiligde zorg omvat de behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

LID 2.3 GGZ MET VERBLIJF (SETTING: 5, 6, 8)

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Curatieve GGZ met verblijf omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg). De opname moet wegens medische redenen noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Uit het medisch dossier moet duidelijk blijken waarom zorg met verblijf noodzakelijk is en waarom behandeling ambulant (zonder verblijf) niet mogelijk is.

Wij vergoeden bij Curatieve GGZ met verblijf tevens de tijdens het verblijf noodzakelijk ingezette verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wij vergoeden bij verblijf voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar):

a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

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

a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

LID 2.3.2 AANVULLING TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN BINNEN SETTING 6

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit betreft klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

LID 2.3.3 MACHTIGINGSVEREISTE BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER MET VERBLIJF

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor Curatieve GGZ met verblijf, moet u daar vooraf van ons een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door een gecontracteerde zorgaanbieder geldt geen machtigingsvereiste. Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en lid 5 van dit artikel.

Om deze machtiging aan te vragen, moet de zorgaanbieder het volgende aan ons toesturen:

a. uw NAW-gegevens;
b. de reden van aanmelding;
c. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
d. de voorlopige diagnose volgens de vigerende DSM-classificatie;
e. een gemotiveerde toelichting over de noodzaak tot klinische opname conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
f. het op de persoon toegespitste behandelplan, inclusief het te verwachten aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
g. het toe te passen zorgprogramma en zorgpad;
h. de kwalificaties van de zorgaanbieders, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
i. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
j. de wijze waarop 24-uurs toezicht ten behoeve van de veiligheid van patiënten en beheersing van mogelijke crisissituaties is georganiseerd.
k. de te verwachten zorgprestaties;
l. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
m. de eigen bijdrage die u (optioneel) zelf moet betalen.

LID 3 VOORWAARDEN VOOR ALLE SETTINGEN

LID 3.1 ALGEMENE VOORWAARDEN DIE GELDEN BINNEN ALLE SETTINGEN

Verwijzing

U moet voor iedere setting een geldige verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, straatdokter of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden voor de verwijzing:

a. de verwijzing is gedateerd;
b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM V stoornis;
g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Zorgaanbieder curatieve GGZ
De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

De indicerend en coördinerend regiebehandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals die in het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut zijn opgenomen. Het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut is te vinden op www.zorginzicht.nl.

De regiebehandelaar dient in voldoende mate aantoonbaar direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling. Voor directe betrokkenheid is vereist dat er minimaal sprake moet zijn van een persoonlijk contact tussen de regiebehandelaar en de verzekerde. Onder rechtstreekse betrokkenheid verstaan wij in ieder geval niet betrokkenheid door middel van uitsluitend MDO's (multidisciplinaire overleggen).

Bij hoogcomplexe ggz moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier en relateren aan de complexiteit van de behandeling. Onder rechtstreekse betrokkenheid verstaan wij in ieder geval niet betrokkenheid door middel van uitsluitend MDO's (multidisciplinaire overleggen). De MDO's dienen op systematische wijze plaats te vinden, waarbinnen periodiek de behandeling aan het behandelplan wordt getoetst.

Begeleidende disciplines
Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines. Wij bedoelen daarmee de 'overige beroepen' zoals bedoeld in de NZa-beleidsregels, waaronder (maar niet uitsluitend): agogische beroepen, vaktherapeuten, somatische zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten), activiteitenbegeleiders, ervaringsdeskundigen. De mate van inzet van begeleidende disciplines moet relateren aan de complexiteit van de behandeling.

LID 3.2 BEHANDELING MET RTMS, ECT OF SPRAVATO

Machtigingsvereiste
Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor een behandeling met rTMS, ECT of Spravato, moet u daar vooraf van ons een machtiging (toestemming) voor hebben gekregen. Voor zorg te leveren door een gecontracteerde zorgaanbieder geldt geen machtigingsvereiste.

LID 3.2.1 AANVULLENDE VOORWAARDEN RTMS

Er is alleen vergoeding mogelijk voor rTMS bij de behandeling van een therapieresistente depressie in combinatie met cognitieve gedragstherapie tijdens de duur van het behandeltraject. Uit de machtigingsaanvraag zoals bedoeld in lid 3.2 moet voldoende blijken dat aan de indicatiecriteria wordt voldaan. Daarnaast moet beschreven worden hoe en door wie de cognitieve gedragstherapie wordt geleverd. Indicatiecriteria voor rTMS bij een therapieresistente depressie zijn:

a. Patiënten met een therapieresistente depressie. Therapieresistentie is hierbij als volgt gedefinieerd: het betreft patiënten met een depressie die voldoende lang behandeld zijn met twee evidence based therapieën. Deze therapieën kunnen bestaan uit twee evidence based farmacologische behandelingen of twee evidence based psychotherapieën of één evidence based farmacologische behandeling en één evidence based psychotherapie. Uitvragen van therapieresistentie gebeurt bij voorkeur aan de hand van de DM-TRD (met name de vragen over psychotherapie en medicatie).
b. Patiënten die met rTMS zijn behandeld voor een therapieresistente depressie, die een recidief depressie krijgen na het staken van de rTMS.

LID 3.2.2 AANVULLENDE VOORWAARDEN ECT

Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een behandeling met ECT gelden de volgende voorwaarden:

a. in aanvulling op de verwijzing zoals beschreven in lid 3.1 geldt dat de reden van verwijzing dient te voldoen aan de inclusiecriteria zoals geformuleerd in de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie;
b. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd, en
c. de behandeling vindt plaats conform de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie.

LID 3.2.3 AANVULLENDE VOORWAARDEN SPRAVATO

Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een behandeling met Spravato gelden de volgende voorwaarden:

a. de indicatie op de verwijzing moet voldoen aan het volgende criterium:
    i. het betreft een behandeling in stap 4 van het behandelprotocol, en
    ii. er is sprake van non-respons op tenminste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap.
b. de behandeling vindt alleen plaats in specialistische centra die voldoen aan de criteria die daarvoor zijn opgesteld door de NVvP, en
c. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

LID 4 UITSLUITINGEN CURATIEVE GGZ

Het volgende komt in geen van de settingen voor vergoeding in aanmerking:

a. de behandeling van aanpassingsstoornissen;
b. hulp bij werk- en relatieproblematiek;
c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
d. psychosociale hulp;
e. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie met een psychische grondslag en er sprake is van de Wlz-leveringsvorm verblijf met behandeling;
f. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie zonder een psychische grondslag en de behandeling deel uitmaakt van de Wlz-zorg waarbij de verzekerde verblijft in de Wlz-instelling en deze zorg niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling van de andere stoornissen.

LID 5 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen voor GGZ behandelingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 38 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de kosten van multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Bij de zorg in geval van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis gaat het uitsluitend om verzekerden tot 23 jaar.

De zorg bestaat uit:

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

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte ‘mede’ behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking. In die gevallen waarin er sprake is van het ‘mee behandelen’ vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met een zintuiglijke handicap.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

U komt bij een visuele beperking (gezicht) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

a. u een gezichtsscherpte van <0.3 aan het beste oog heeft;
b. u een gezichtsveld van <30 graden heeft; of
c. u een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog heeft met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Een en ander conform de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking.

U komt bij een auditieve beperking (gehoor) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

a. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
b. als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Een en ander conform de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

U komt bij een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (spraak) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

a. de taalontwikkelingsstoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
b. de taalontwikkelingsstoornis primair is. De taalontwikkelingsstoornis is primair wanneer:
    1. andere problematiek (van psychiatrische, fysiologische en/of neurologische aard) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis; en
    2. de taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in de taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier dus geen taalverwervings-problematiek in verband met een tweede taal/anders taligheid.

De objectieve vaststelling of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen.

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met audiologische hulp. Deze hulp valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze audiologische hulp bestaat uit: diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie; advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur; voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Machtiging

Voor verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg moet u vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen. Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

Indien er sprake is van een visuele beperking, heeft u een verwijzing nodig van een medisch specialist. Is er sprake van een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, dan dient u te beschikken over een verwijzing van een medisch specialist of klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum.

Een verwijzing van de huisarts of jeugdarts volstaat indien:

a. er reeds een visuele beperking, een auditieve beperking, en/of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis is vastgesteld door een medisch specialist of klinisch fysicus audioloog, én
b. geen wijziging in de visuele beperking, een auditieve beperking, en/of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis heeft plaatsgevonden, én
c. een aan de visuele beperking, een auditieve beperking, en/of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis gerelateerde hulpvraag optreedt, én
d. het gaat om een verzekerde die al eerder een behandeling voor een visuele beperking, een auditieve beperking, en/of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis heeft ondergaan, en het gaat om een enkelvoudige hulpvraag.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door gespecialiseerde zorgaanbieders. Daarbij is sprake van de inzet van een multidisciplinair team dat, afhankelijk van de handicap, kan bestaan uit oogartsen, optometristen, KNO-artsen, audiologen, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werkers.

Uitsluitingen

Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet de kosten van:

a. zorg die betrekking heeft op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
c. zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis vanaf 23 jaar;
d. het inslijpen van aangeleerde vaardigheden bij zorg in verband met een auditieve beperking.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 39 Stoppen-met-rokenprogramma

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma ziet op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met nicotinevervangers en/of geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het maximaal drie keer per kalenderjaar volgen van een programma.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden stoppen-met-rokenprogramma's indien:

a. de zorg plaatsvindt op basis van individuele consulten of groepstherapie; en
b. het programma wordt opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022; en
c. het programma bestaat uit ten minste vier contactmomenten van ten minste 10 minuten; en
d. het behandeltraject voor ten minste een jaar wordt gecontinueerd na de stopdatum.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

a. een huisarts; of
b. een stoppen met roken coach die geregistreerd is in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken bij Kabiz.

Geneesmiddelen of zelfhulpmiddelen

Alleen in combinatie met een stoppen-met-roken-programma vergoeden wij geneesmiddelen of de volgende nicotinevervangende middelen: nicotinepleisters, nicotinetabletten of nicotinekauwgom. De middelen moeten verstrekt zijn door een apotheek en worden vergoed voor maximaal drie aaneengesloten maanden per stoppen-met-rokenprogramma. Indien u langer dan drie maanden deze middelen nodig heeft, moet u vooraf van ons een machtiging (toestemming) hebben gekregen. Daarbij is het ook de voorwaarde dat u dan nog begeleiding krijgt bij het stoppen met roken. Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden. diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen

Voor de aflevering van de genees- en zelfhulpmiddelen kunt u, als uw huisarts deze voorschrijft, een gespecificeerd recept van uw huisarts bij de apotheek inleveren. Als andere behandelaren de genees- en zelfhulpmiddelen voorschrijven, moeten zij daarvoor het landelijk aanvraagformulier 'Stoppen met roken' invullen. Dat formulier kunt u vervolgens inleveren bij de apotheek.

Eigen risico
Als hulp bij stoppen met roken onderdeel is van een behandeling door een medisch specialist, kan dit onder medisch specialistische zorg vallen en daarvoor geldt het eigen risico (zie over medisch specialistische zorg artikel 18 van deze polisvoorwaarden). Dit is dan geen stoppen-met-roken-programma zoals wij in dit artikel bedoelen.

Uitsluitingen
De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma worden niet apart vergoed indien dit programma integraal onderdeel is van de ketenzorg die u ontvangt voor een chronische aandoening (zoals Astma/ COPD, Diabetes Mellitus type 2, (cardio)vasculair risicomanagement). Voor de vergoeding van ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.Indien de afgesproken stoppen-met-rokenzorg binnen de keten onvoldoende begeleiding biedt, kan aanvullende begeleiding voor stoppen-met-roken worden vergoed.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 40 Preventieve voetzorg

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden voetzorg zoals beschreven in het standpunt van het Zorginstituut Nederland: 'Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus' en 'Notitie verduidelijking standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus.

Het gaat daarbij om het leveren van preventieve voetzorg voor patiënten met een verhoogd risico op diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen (Voetulcera). Hieronder vallen:

a. verzekerden met diabetes mellitus;
b. verzekerden met een inactieve Charcot-voet;
c. verzekerden met een voorgeschiedenis van een voetulcus of amputatie, en
d. verzekerden in een eindstadium nierfalen of die nierdialyse ondergaan.

Ook vallen hieronder verzekerden bij wie sprake is van verminderde protectieve sensibiliteit van de voeten en/of verminderde doorbloeding van de voeten of een verhoogde druk op de huid al dan niet in combinatie met een kwetsbare huid als gevolg van een medische aandoening of een behandeling.

De behandelingen worden als totaalpakket aan werkzaamheden vergoed. De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden. Alleen de handelingen die door het Zorginstituut Nederland zijn aangeduid als geneeskundige zorg komen voor vergoeding in aanmerking.

Voor de beoordeling of iemand met een verhoogd risico op voetulcera mogelijk wonden krijgt, worden alleen de kosten van het jaarlijks gericht voetonderzoek vergoed.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Het risico van de voet moet zijn vastgesteld door huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde. Het risico van de voet moet duidelijk omschreven zijn op de verwijzing.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde.

Zorgaanbieder

a. De beoordeling of iemand met een verhoogd risico op voetulcera wonden kan krijgen wordt uitgevoerd door een medisch pedicure, pedicure met aantekening 'diabetische voet', podotherapeut of register-podoloog.
b. De zorg voor mensen met een hoog en zeer hoog risico op voetulcera wordt verleend door een podotherapeut/registerpodoloog die de zorg in onderaannemerschap kan delegeren aan een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet. De podotherapeut/registerpodoloog declareert de zorg als hoofdaannemer van de zorg.

Ambulante voetzorg

Ambulante voetzorg (voetzorg aan huis) is bedoeld voor verzekerden die vanwege een medische (fysieke of mentale) noodzaak redelijkerwijs niet in de praktijk behandeld kunnen worden. De toeslag voor ambulante voetzorg wordt niet vergoed als de voetzorg aan huis wordt gegeven vanwege praktische overwegingen, zoals tijdgebrek of geen vervoer of vanuit gemaksoverwegingen.

Uitsluitingen

Onder voetzorg valt niet persoonlijke (voet)verzorging, zoals algemene nagelverzorging of het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen. Voetzorg die gericht is op het voorkomen van andere voetproblemen dan in dit artikel is beschreven valt buiten de vergoeding.

Wanneer de voetzorg integraal deel uitmaakt van ketenzorg, worden de kosten van de voetzorg niet apart vergoed vanuit de aanspraak Voetzorg. In dat geval worden de kosten vergoed vanuit de aanspraak Ketenzorg. Voor ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 95% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 41 Sportmedisch onderzoek

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden sportgeneeskunde in de volgende vormen:

a. inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject;
b. diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat door overbelasting.

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden de kosten van sportgeneeskunde alleen wanneer:

a. deze zorg geneeskundige zorg is die zich richt op herstel, genezing dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening; en
b. de zorg plaatsvindt in een instelling voor medisch specialistische zorg of een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitgevoerd door een sportarts die is ingeschreven als sportarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van een sportmedisch onderzoek, sportmedische begeleiding, sportkeuring en sportzorg. Daarnaast worden niet vergoed de kosten van een inspanningsadvies bij mensen met een cardiometabool syndroom of een chronische aandoening.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het gewogen gemiddelde van de door ons gecontracteerde tarieven. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 42 Gecombineerde Leefstijlinterventie

LID 1 **ALGEMEEN**

Onder gecombineerde leefstijlinterventie verstaan wij:

a. gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen (vanaf 18 jaar) (zie vanaf lid 2 van dit artikel);
b. begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener - onderdeel van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (zie vanaf lid 3 van dit artikel);
c. gecombineerde leefstijlinterventie voor jeugd (tot 18 jaar) - onderdeel van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (zie vanaf lid 4 van dit artikel).

LID 2 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE VOOR VOLWASSENEN (VANAF 18 JAAR)

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoeden wij de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). De zorg is gericht op een gedragsverandering om daarmee een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Een gecombineerde leefstijlinterventie richt zich op gezonde voeding en eetgewoonten, gezond bewegen en het verkrijgen en behouden van gezond gedrag.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, internist of cardioloog. De verwijzer stelt een diagnose aan de hand van de NHG-richtlijn en Zorgstandaard Obesitas en verwijst door naar een gecombineerde leefstijlinterventie conform de richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen wanneer er sprake is van een matig tot sterk verhoogd gewichtsgerelateerd risico (GGR). De verwijzer beoordeelt daarbij of de verzekerde voldoende gemotiveerd is om het complete zorgprogramma te doorlopen.

Interventie (zorgprogramma)

De aangeboden gecombineerde leefstijlinterventie moet door het RIVM ten minste zijn beoordeeld als een interventie ‘met eerste aanwijzingen voor effectiviteit’ (vanaf niveau II) zoals vermeld in het register ‘Loket Gezond Leven’ van het RIVM, en door de Erkenningscommissie van Zorgverzekeraars Nederland zijn erkend als verzekerde zorg. Zie het Vergoedingenoverzicht op onze website voor de interventies die voor vergoeding in aanmerking komen.

Duur

De totale doorlooptijd van de gecombineerde leefstijlinterventie is 24 aaneengesloten maanden.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door:

a. een leefstijlcoach die is geregistreerd bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN), of
b. een diëtist of oefentherapeut ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici inclusief de aantekening leefstijlcoach, of
c. een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie inclusief aantekening leefstijlcoach òf Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register inclusief aantekening leefstijlcoach

Voor iedere zorgverlener geldt dat de zorgverlener opgeleid moet zijn voor de uitvoering van het specifieke GLI-programma, zoals is opgenomen in ons Vergoedingenoverzicht.

De zorgverlener moet regelmatig zorginhoudelijk afstemmen met en terugkoppelen naar de verwijzer en de huisarts voor zover die niet de verwijzer is. De zorgverlener is bekend met de sociale kaart en werkt aantoonbaar en op structurele basis nauw samen met het sociaal domein ten aanzien van het lokale sport- en beweegaanbod.

Samenloop
Gedurende deelname aan van een gecombineerde leefstijlinterventie wordt er geen tweede gecombineerde leefstijlinterventie vergoed.

Uitsluitingen
De volgende zorg komt niet voor vergoeding in aanmerking:
a. hulp bij sociaal maatschappelijke problematiek, zoals schuldhulpverlening;
b. de daadwerkelijke begeleiding bij het sporten of bewegen.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor de percentages die wij vergoeden en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEGELEIDING EN COÖRDINATIE DOOR EEN CENTRALE ZORGVERLENER - ALS ONDERDEEL VAN DE KETENAANPAK VOOR KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de zorgtaken van een centrale zorgverlener aan een kind met overgewicht en obesitas als er sprake is vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR).

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen
Als de verwijzer een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger vaststelt, kunt u doorverwezen worden naar een centrale zorgverlener. Deze zorgverlener voert een brede anamnese (oftewel een uitgebreide intake en analyse van de problematiek) uit en stelt een plan van aanpak op. Dit komt voor vergoeding in aanmerking. Als uit het plan van aanpak vervolgens blijkt dat u op een gecombineerde leefstijlinterventie bent aangewezen, vergoeden wij ook de verdere begeleiding en coördinatie van de centrale zorgverlener voor, tijdens en na de gecombineerde leefstijlinterventie (de zogenaamde tussen-, behandel-, onderhoud- en begeleidingsfases).

De centrale zorgverlener geeft tenminste één keer per jaar een inhoudelijke terugkoppeling aan de verwijzer en de huisarts voor zover die niet de verwijzer is. De centrale zorgverlener stemt indien nodig ook zorginhoudelijk af met de verwijzer.

Verwijzing
Er is een verwijzing nodig van een huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige waaruit blijkt dat er sprake is van een matig verhoogd GGR of hoger.

Duur
De zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas duurt maximaal drieënhalf (3,5) jaar.

Zorgverlener

De centrale zorgverlener is een HBO-opgeleide professional en heeft een van de volgende registraties:

a. de jeugdverpleegkundige staat in het register van de beroepsvereniging van Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN);
b. de Leefstijlcoach staat in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
c. de jeugd- en gezinsprofessional is geregistreerd bij de kamer Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) conform artikel 2.3 van het registratiereglement jeugd- en gezinsprofessional;
d. de pedagogisch adviseur is geregistreerd bij de kamer Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) conform artikel 2.3 van het registratiereglement jeugd- en gezinsprofessional.

Voor iedere zorgverlener geldt dat een geaccrediteerde opleiding tot centrale zorgverlener succesvol moet zijn afgerond en de zorgverlener staat geregistreerd in een landelijk kwaliteitsregister voor Centrale Zorgverleners. Zorg van een centrale zorgverlener die de opleiding tot centrale zorgverlener nog niet succesvol heeft afgerond vergoeden wij niet, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

De zorgverlener werkt nauw samen met betrokken disciplines uit het sociale domein zoals een kinderleefstijlcoach, de kinderarts, paramedici en huisartsen. Daartoe worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen centrale zorgverleners, kinderleefstijlcoaches en de gemeente(n) in de betreffende regio('s) waar de centrale zorgverlener werkzaam is.

Machtiging

U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen als

a. de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
b. de tussenfase langer dan negen maanden duurt;
c. de begeleidingsfase langer dan negen maanden duurt.

Uitsluitingen

De volgende zorg komt niet voor vergoeding in aanmerking:

a. hulp bij sociaal maatschappelijke problematiek, zoals schuldhulpverlening of opvoedproblematiek;
b. zorg die vanuit de Jeugdwet wordt bekostigd;
c. begeleiding bij het sporten of bewegen.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER ZORGOVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE JEUGD (TOT 18 JAAR)

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar een gecombineerde leefstijlinterventie wanneer er sprake is van een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger én wanneer uit een plan van aanpak van de centrale zorgverlener blijkt dat een gecombineerde leefstijlinterventie is aangewezen.

Bent u 16 of 17 jaar? Dan vergoeden wij ook GLI voor volwassenen (zie vanaf lid 2 van dit artikel) wanneer de verwijzer deze zorg het meest passend acht. Als u tijdens het traject 18 jaar wordt, mag het traject worden afgemaakt.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Als de centrale zorgverlener, die werkt op verwijzing waarin een matig verhoogd GGR of hoger is vastgesteld, in een plan van aanpak heeft gemotiveerd dat een gecombineerde leefstijlinterventie is aangewezen, vergoeden wij een gecombineerde leefstijlinterventie.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een combinatie van advies en begeleiding bij voeding en gezonde eetgewoontes, advies en begeleiding bij het aanzetten tot gezond bewegen en sporten en gedragsverandering die gericht is op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl.

Interventie (zorgprogramma)

De gecombineerde leefstijlinterventie wordt als op maat gemaakt programma aangeboden. Het programma moet rekening houden met de individuele zorgbehoefte van kind en gezin. De aangeboden gecombineerde leefstijlinterventie moet door het RIVM ten minste zijn beoordeeld als een interventie ‘met eerste aanwijzingen voor effectiviteit’ (vanaf niveau II), zoals vermeld, in het register ‘Loket Gezond Leven’ van het RIVM, en door de Erkenningscommissie van Zorgverzekeraars Nederland zijn erkend als verzekerde zorg. Zie het Vergoedingenoverzicht op onze website voor de interventies.

Duur

Een gecombineerde leefstijlinterventie kinderen wordt in de vorm van een zorgprogramma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). Het zorgprogramma bestaat uit een behandelfase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden.

Zorgverlener

De kinderleefstijlcoach is een HBO-opgeleide professional en heeft een van de volgende registraties:

a. de jeugdverpleegkundige staat in het register van de beroepsvereniging van Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN);
b. de leefstijlcoach staat in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
c. de jeugd- en gezinsprofessional is geregistreerd bij de kamer Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) conform artikel 2.3 van het registratiereglement jeugd- en gezinsprofessional;
d. de diëtist staat in het Kwaliteitsregister Paramedici, heeft de opleiding tot kinderdiëtist afgerond en is aangesloten bij het Netwerk Kinderdiëtisten (NKD);
e. de kinderfysiotherapeut staat in het deelregister voor kinderfysiotherapeuten van de KNGF of de SKF;
f. de kinderoefentherapeut staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Voor iedere zorgverlener geldt dat de zorgverlener een geaccrediteerde opleiding tot kinderleefstijlcoach succesvol heeft afgerond en staat geregistreerd in een landelijk kwaliteitsregister voor kinderleefstijlcoaches. Zorg van een kinderleefstijlcoach die deze opleiding nog niet succesvol heeft afgerond vergoeden wij niet, tenzij wij hier op aanvraag expliciet toestemming voor hebben gegeven.

De kinderleefstijlcoach is opgeleid om een van de specifieke GLI-programma's, zoals opgenomen in ons Vergoedingenoverzicht uit te voeren.

De kinderleefstijlcoach is bekend met de sociale kaart die specifiek is gericht op jeugd en werkt aantoonbaar en op structurele basis nauw samen met relevant betrokken disciplines zoals huisarts, centrale zorgverlener, (para)medici en de beweeg- of buurtcoach van de gemeente.

Machtiging
U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen als de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Uitsluitingen
De volgende zorg komt niet voor vergoeding in aanmerking:
a. hulp bij sociaal maatschappelijke problematiek, zoals schuldhulpverlening of opvoedproblematiek;
b. hulp die onder de jeugdwet hoort;
c. de daadwerkelijke begeleiding bij het sporten of bewegen.

LID 4.3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie onze website voor een overzicht van de vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 43 Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn (GZSP). GZSP is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog)complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsmatige gebied.

Wij vergoeden de zorg die individueel wordt verleend door de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers en paramedici, evenals de zorg die in groepsverband wordt geleverd aan kwetsbare patiënten, lichamelijk gehandicapten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel, patiënten met een chronisch progressieve degeneratieve aandoening zoals de ziekte van Huntington, MS, Parkinson en dementie en aan cliënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg).

LID 2 **VOORWAARDEN**

Algemeen

Wij vergoeden bovengenoemde vormen van groepszorg alsmede de geneeskundige zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers en paramedici plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling. De Zorg betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie.

De geleverde zorg voldoet aan de Uitgangspunten 'Zorg in een groep' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) en de Uitgangspunten 'Individuele prestaties' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)'. Deze uitgangspunten zijn gezamenlijk opgesteld door diverse zorgaanbieders, beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze via zn.nl/publicaties.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, revalidatie arts of psychiater.

Voor individuele paramedische behandeling binnen GZSP heeft u een verwijzing nodig van de regiebehandelaar. De individuele paramedische behandeling moet daarbij in uw behandelplan zijn opgenomen.

Duur

De duur van de te verlenen zorg voor groepszorg bedraagt maximaal twaalf maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan. Hiervoor moet voorafgaand door de verwijzer een aanvraag worden ingediend, inclusief een inhoudelijke onderbouwing van de regiebehandelaar.

Zorgaanbieder

Individuele zorg wordt geleverd door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut die in dienst is bij een zorginstelling die volgens de WTZa de te leveren zorg mag bieden inclusief verblijf. De verpleegkundig specialist of physician assistant kan de zorg leveren indien deze daartoe bevoegd en bekwaam is en de zorg levert onder de directe verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.

Zorg in een groep wordt geleverd door een zorginstelling die volgens de WTZa de te leveren zorg mag bieden inclusief verblijf. Bij deze zorg is een regiebehandelaar aantoonbaar betrokken in alle fasen van de diagnostiek en de behandeling. De regiebehandelaar stelt het behandelplan op en stuurt het team zorgverleners aan. In het behandelplan staat welke multidisciplinaire zorg nodig is, zijn concrete en haalbare behandeldoelen vastgesteld en is omschreven hoeveel dagdelen dagbehandeling in een groep hierbij hoort.

Regiebehandelaar

De zorg wordt onder de regie van een regiebehandelaar geleverd. De volgende behandelaars kunnen als regiebehandelaar optreden:

a. specialist ouderengeneeskunde;
b. arts VG;
c. bij instellingen die beschikken over het Keurmerk Hersenz of het keurmerk Flexible ACT LVB en/of behandelingen die conform het Kwaliteitskader Jonge Mensen met Dementie worden geleverd;
    i. Klinisch psycholoog;
    ii. GZ-psycholoog;
    iii. Orthopedagoog-specialist;
    iv. Klinisch neuropsycholoog;
d. bij instellingen die ambulante SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt) behandelingen leveren volgens het zorgprogramma van de Borg:
    i. Klinisch psychiater;
    ii. GZ-psycholoog;
    iii. Klinisch (neuro)psycholoog;
    iv. Pyschotherapeut.

Zorg thuis

De zorg wordt uitsluitend thuis geleverd wanneer daar een specifieke medische noodzaak voor is.

Machtiging

U moet vooraf een machtiging (toestemming) van ons hebben gekregen voor voortzetting van de behandeling in een groep zodra de behandeling langer duurt dan een jaar.

Uitsluitingen

Vanuit de GZSP wordt geen vergoeding verleend voor:

a. behandeling indien er sprake is van een aanspraak op de Wet langdurige zorg;
b. indirect patiëntgebonden tijd, met uitzondering van gericht overleg met de huisarts;
c. zorg die al in het kader van een ambulante GRZ traject (artikel 24 van de polisvoorwaarden) wordt vergoed.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie de website voor een overzicht van onze vergoedingen en zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

BIJLAGE 1 PREMIEBIJLAGE 2026

GRONDSLAG VAN DE PREMIE

De grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 2 van deze polisvoorwaarden) bedraagt € 1.902,- per jaar.

KORTINGEN BIJ HET VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (artikel 9 lid 3 van deze polisvoorwaarden).

EIGEN RISICO	KORTING PER JAAR	KORTING PER MAAND
€ 100,-	€ 33,-	€ 2,75
€ 200,-	€ 66,-	€ 5,50
€ 300,-	€ 99,-	€ 8,25
€ 400,-	€ 132,-	€ 11,-
€ 500,-	€ 180,-	€ 15,-

BIJLAGE 2 OVERZICHT WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN IN 2026

ZORG	EIGEN BIJDRAGE	ARTIKEL
Bevalling zonder medische noodzaak in een instelling	Het verschil tussen de vergoeding en het in rekening gebrachte tarief tot een maximumtarief van € 883,64. Hierbij geldt een maximum eigen bijdrage van € 605,64.	20 lid 3.2
Kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling	• € 22,50 per persoon per dag • Het bedrag dat de instelling vraagt boven € 161,50 per persoon per dag	20 lid 3.2
Kraamzorg thuis	€ 5,70 per uur	20 lid 4.2
Bijzondere tandheelkundige hulp	Er geldt een eigen bijdrage voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie (de aandoening) die heeft geleid tot de tandheelkundige zorg. De eigen bijdrage is het bedrag ter grootte van het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als er geen sprake zou zijn van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde.	33 lid 2.2
Kunst- en klikgebit	*Kunstgebit* 25% de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood)kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. 25% van de kosten (van de prestatiecodes met betrekking tot het vervaardigen van de prothese) wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. 10% van de kosten (inclusief techniekkosten) voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit. *Klikgebit in de onderkaak* 10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappings-prothese tezamen, inclusief techniekkosten	33 lid 4.2.2

	Klikgebit in de bovenkaak 8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappings-prothese tezamen, inclusief techniekkosten *Het plaatsen van een klikgebit in de onder- of bovenkaak, waarbij er in één kaak een kunstgebit wordt geplaatst en in de andere kaak een implantaat gedragen klikgebit (declaratiecode J080)* 17% van de kosten voor de gebitsprotheses, inclusief techniekkosten. *Rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit* 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.	
Geneesmiddelen - onderling vervangbare geneesmiddelen	Het bedrag dat een geneesmiddel duurder is dan de vergoedingslimiet uit het GVS. Tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.	34 lid 2.3
Hulpmiddelen	In het Reglement Hulpmiddelen wordt, indien van toepassing, per hulpmiddel onder 'Bijzonderheden' de eigen bijdrage weergegeven.	35 lid 2
Ziekenvervoer	€ 134,- per jaar	36 lid 3.2

BIJLAGE 3 LIJST MET GEHANTEERDE AFKORTINGEN

AGB-CODE	Algemeen Gegevens Beheer - code (unieke code van zorgaanbieder)
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
CIS	Centraal Informatie Systeem
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EER	Europese Economische Ruimte
EHIC	European Health Insurance Card
ELV	Eerstelijns verblijf
EU	Europese Unie
FENAC	Federatie van Nederlandse Audiologische Centra
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
GZSP	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
IVF	In-vitrofertilisatie
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
KNO	Keel, neus en oor
MPT	Modulair Pakket Thuis
NAW	Naam, adres en woonplaats
NIPT	Niet-invasieve prenatale test
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB VV	Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging
PTZ	Palliatief terminale zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
SEO	Structureel echoscopisch onderzoek
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
SMR	Stoppen met roken
VPT	Volledig Pakket thuis
VRM	Vasculair risicomanagement
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WET BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
WLZ	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZA	Wet toetreding zorgaanbieders
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnDSW-app of scan van de rekening en dien deze in via MijnDSW.
Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.dsw.nl, stel uw vraag via WhatsApp of neem contact met ons op via telefoonnummer 010 - 2 466 466. Wij staan u graag te woord.

DSW zorgverzekeraar
Postbus 173 - 3100 AD Schiedam

www.dsw.nl
010 - 2 466 466

06 22 38 39 06
DSW_Zorg
DSW Zorgverzekeraar