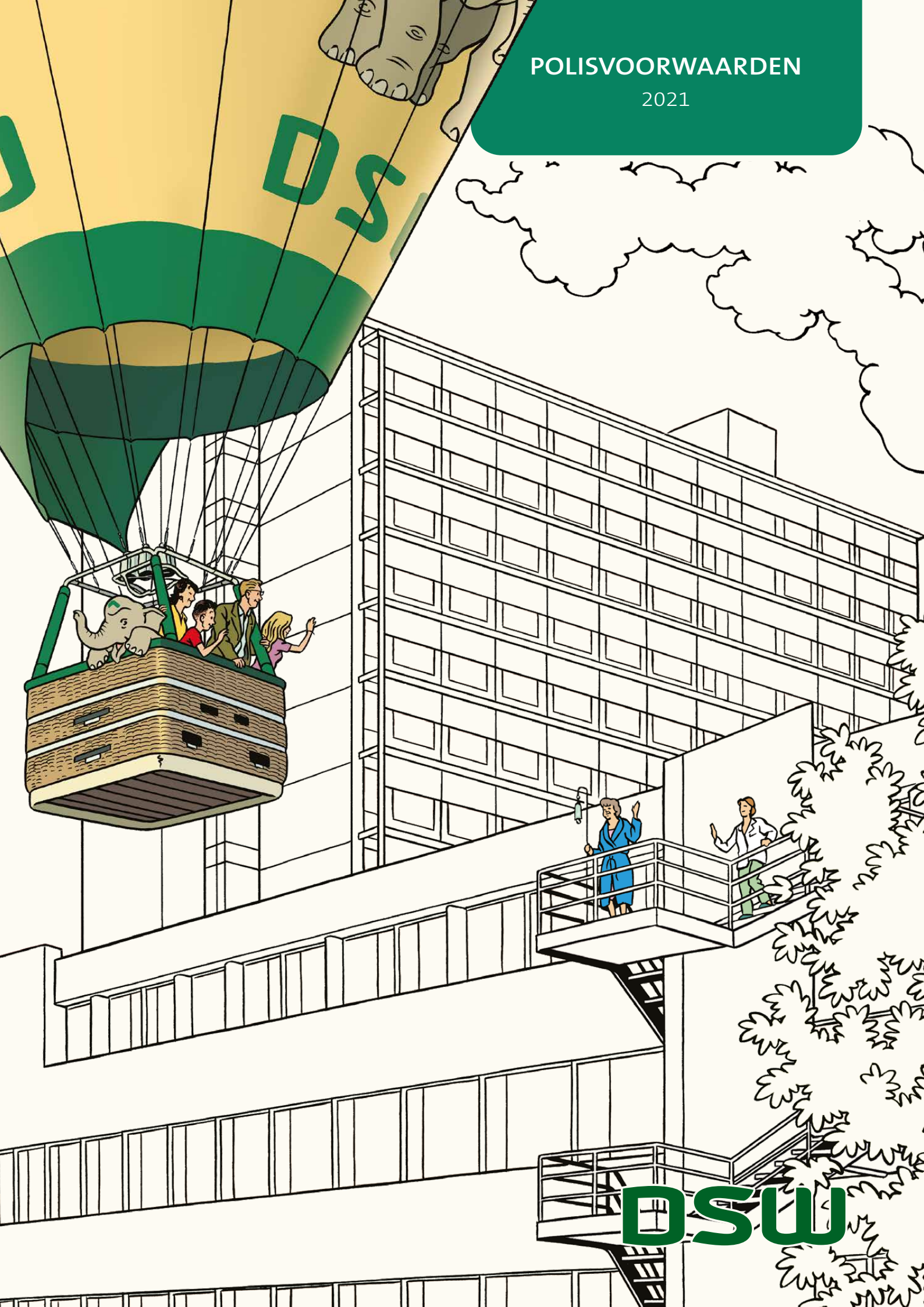
POLISVOORWAARDEN

2021



INHOUD

INLEIDING		**4**
DEEL 1	**ALGEMEEN GEDEELTE**	**6**
Artikel 1	Begripsomschrijvingen	6
Artikel 2	De grondslag van uw zorgverzekering	17
Artikel 3	Werkgebied	18
Artikel 4	Begin van de zorgverzekering	18
Artikel 5	Duur en opzegging van de zorgverzekering	19
Artikel 6	Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering	21
Artikel 7	Premie	22
Artikel 8	Herziening van de premie	23
Artikel 9	Eigen risico	24
Artikel 10	Behandeling in het buitenland	27
Artikel 11	Overige voorwaarden	29
Artikel 12	Uw verplichtingen	31
Artikel 13	Algemene uitsluitingen	34
Artikel 14	Klachten en Geschillen	35

DEEL 2	**DEKKING EN VERGOEDING**	**36**
Artikel 15	Recht op zorg en vergoeding	36
Artikel 16	Huisartsenzorg	41
Artikel 17a	Verpleging en verzorging zonder verblijf	42
Artikel 17b	Eerstelijns verblijf	48
Artikel 18	Medisch-specialistische zorg	50
Artikel 19	Voorwaardelijk toegelaten zorg	57
Artikel 20	Zwangerschap, bevalling en kraamzorg	59
Artikel 21	Eerstelijnsdiagnostiek	64
Artikel 22	Ketenzorg	65
Artikel 23	Medisch-specialistische revalidatie	66
Artikel 24	Geriatrische revalidatie	67
Artikel 25	Orgaantransplantatie	68
Artikel 26	Dialyse zonder opname	70
Artikel 27	Mechanische beademing	71
Artikel 28	Onderzoek naar kanker bij kinderen	72
Artikel 29	Trombosedienst	72
Artikel 30	Erfelijkheidsonderzoek	73
Artikel 31	Audiologische zorg	74
Artikel 32	Paramedische zorg	75
Artikel 33	Mondzorg	79
Artikel 34	Farmacie	86
Artikel 35	Hulpmiddelenzorg	91
Artikel 36	Ziekenvervoer en logeervergoeding	93
Artikel 37	Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ)	97
Artikel 38	Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (S-GGZ)	99
Artikel 39	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	102
Artikel 40	Stoppen-met-rokenprogramma	104
Artikel 41	Voetzorg bij diabetes mellitus	105
Artikel 42	Sportgeneeskunde	106
Artikel 43	Gecombineerde Leefstijlinterventie	107
Artikel 44	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen	108
BIJLAGE 1	**PREMIEBIJLAGE 2021**	**110**
BIJLAGE 2	**OVERZICHT WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN IN 2021**	**111**
BIJLAGE 3	**LIJST MET GEHANTEERDE AFKORTINGEN**	**113**

INLEIDING

UW ZORGVERZEKERING: GOED OM VOORAF TE WETEN

Dit zijn onze polisvoorwaarden voor uw basisverzekering. In onze polisvoorwaarden staan uw en onze rechten en plichten. Voor onze aanvullende verzekeringen bestaan aparte polisvoorwaarden en vergoedingenoverzichten. De voorwaarden van onze aanvullende verzekeringen kunt u raadplegen via onze website of kunt u bij ons opvragen.

In deze polisvoorwaarden bedoelen wij met 'u' en 'uw' zowel de verzekerde als de verzekeringnemer, tenzij dit uitdrukkelijk anders wordt aangegeven. Wij gebruiken 'DSW', 'DSW Zorgverzekeraar', 'wij' en 'ons' wanneer we het over onszelf als zorgverzekeraar hebben.

In deze polisvoorwaarden verwijzen wij af en toe naar onze website voor meer informatie over een bepaald onderwerp. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466. Desgewenst sturen wij u de gevraagde informatie toe.

ALS U EEN VERZEKERING AFSLUIT

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

De verzekeringspas

Alle verzekerden die staan vermeld op het polisblad ontvangen een eigen verzekeringspas. Met deze pas kunt u aantonen dat u bij ons bent verzekerd.

U moet de verzekeringspas meenemen wanneer u naar het ziekenhuis, de apotheek of een andere zorgaanbieder gaat. Zo kan de zorgaanbieder controleren of u inderdaad bij ons verzekerd bent.

Op de achterkant van uw verzekeringspas staat de European Health Insurance Card (EHIC), de Europese zorgpas. U kunt gebruik maken van de EHIC als u tijdelijk buiten uw woonland verblijft, maar binnen een EU-/EER-staat zoals omschreven in artikel 1 van de polisvoorwaarden of in Australië. 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 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
U kunt het declaratieformulier dat wij u toesturen gebruiken als u nota's bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw declaratieformulier zodra wij uw nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw declaratieformulier ook downloaden via onze website. Dit kunt u ook doen via 'MijnDSW' op onze website, dan zijn uw gegevens al ingevuld. U kunt nota's ook declareren met de MijnDSW app (verkrijgbaar via de App Store en Google Play).

DUUR ZORGVERZEKERING
Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, dan doet u dat voor de periode van één kalenderjaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij uw zorgverzekering stilzwijgend van jaar tot jaar. Wilt u de zorgverzekering stoppen, dan moet u ons dit uiterlijk 31 december laten weten.

ELK JAAR EEN NIEUW POLISBLAD
U ontvangt elk jaar een nieuw polisblad. Als wij de premie of dekking van uw zorgverzekering aanpassen, dan ontvangt u daarover bericht van ons. U kunt dan de nieuwe voorwaarden bij ons opvragen of via de website raadplegen. Uw oude polis en polisvoorwaarden zijn na de wijzigingsdatum niet meer geldig.

COMBINATIEVERZEKERING
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") en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt 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 dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - vervolgens aan u een redelijk tarief. Dit tarief 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.

WAT ALS DE POLISVOORWAARDEN AFWIJKEN VAN DE WET?
Wij zorgen ervoor dat deze polisvoorwaarden overeenstemmen met geldende wet- en regelgeving. Op het moment dat wet- en regelgeving gedurende het jaar wijzigt zijn wij mogelijk verplicht om de polisvoorwaarden tussentijds aan te passen. Als er verschil bestaat tussen deze polisvoorwaarden en de wet- en regelgeving, gaat de wet- en regelgeving voor op deze polisvoorwaarden.

DEEL 1 ALGEMEEN GEDEELTE

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

AMBULANCEVERVOER
Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

APOTHEEK
De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of ter hand gesteld worden.

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), die als arts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) 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 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) audiologische zorg mag verlenen.

BEADEMINGSCENTRUM
Een zorgaanbieder die volgens de WTZi 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

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, gespecialiseerde GGZ 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) of 365 dagen (gespecialiseerde GGZ) nadat deze is geopend.

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

DIËTETIEK
Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden mits de zorg een geneeskundig doel heeft.

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.

EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK
Geneeskundige zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), voor zover dit diagnostische onderzoeken in opdracht van een eerstelijns zorgaanbieder betreft.

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, Verenigd Koninkrijk (zolang uittreding uit de EU nog niet definitief is) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn alle EU-staten en Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

FARMACEUTISCHE ZORG
De levering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die zijn opgenomen in het 'Besluit zorgverzekering' en die zijn geleverd door een erkend en geregistreerd apotheker of apotheekhoudend huisarts. Tot de zorg behoort ook het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel ter hand stelt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de nadere voorwaarden die DSW Zorgverzekeraar heeft opgenomen in het Reglement Farmacie.

FRAUDE
Het bij de totstandkoming en/of uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat en/of het verkrijgen van een verzekeringsdekking.

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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of stichting Keurmerk Fysiotherapie.

GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE
Advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag met als doel een gezondere leefstijl voor de patiënt. De toegepaste interventie moet bewezen effectief zijn en als zodanig zijn opgenomen in het register 'Loket Gezond Leven' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

GENEESKUNDIGE ZORG VOOR SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN
Een vorm van zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie. Het betreft geneeskundige zorg van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die een cliënt nodig heeft in verband met zijn aandoening, beperking, stoornis of handicap.

De zorg zoals de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten die plegen te bieden wordt gekenmerkt door een integrale (multidomein)benadering van kwetsbare mensen met multimorbiditeit en multidomeinproblematiek in de eerste lijn.

GENERALISTISCHE BASIS GGZ (GB-GGZ)
Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek voor verzekerden vanaf 18 jaar.

GERIATRISCHE REVALIDATIE
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meerdere aandoeningen) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

GESPECIALISEERDE GGZ (S-GGZ)
Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen voor verzekerden vanaf 18 jaar.

GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOOG
Een psycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) is geregistreerd conform de voorwaarden genoemd 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 moet zijn toegelaten volgens de WTZi.

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 als huisarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

HULPMIDDELENZORG
De zorg die voorziet in vergoeding van aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van de bij ministeriële regeling aangewezen adequaat functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

INSTELLING VOOR MEDISCH- SPECIALISTISCHE ZORG
Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de WTZi. Dit is bijvoorbeeld een algemeen of universitair ziekenhuis, categoraal ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

INSTELLING VOOR GEBOORTEZORG
Een instelling die volgens de WTZi als instelling voor verloskundige zorg is toegelaten. 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 van zorginspanningen door verschillende typen zorgaanbieders (zoals een huisarts, fysiotherapeut, diëtist) is.

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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van het KNGF.

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 WTZi als kraamcentrum is toegelaten. Een kraamcentrum verleent kraamzorg in de thuissituatie, een geboortecentrum en/of een kraamhotel.

KRAAMZORG
Zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De kraamverzorgende is verbonden aan een ziekenhuis, kraamcentrum of instelling voor geboortezorg.

LEEFSTIJLCOACH
De leefstijlcoach is HBO-opgeleid en is een 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.

MAGISTRALE BEREIDING
Een geneesmiddel dat niet op de markt is en volgens een bepaald recept in de apotheek wordt bereid. Het geneesmiddel is bestemd voor een specifieke patiënt en wordt door de bereidende apotheek aan deze patiënt ter hand gesteld.

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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van de KNGF.

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.

MEDISCH-SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
Revalidatiegeneeskunde uitgeoefend in de tweede lijn die voldoet aan de eisen zoals vastgesteld in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en die wordt verleend door een revalidatiearts en/of interdisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) van het KNGF 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.

PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING (PGB VV)
Een door de zorgverzekeraar toegekend budget waarmee een verzekerde zelf verpleging en verzorging kan inkopen. Op het PGB VV is (ook) het Reglement Persoonsgebonden Budget VV van toepassing.

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.

POLISVOORWAARDEN
Een overzicht van de rechten en plichten van de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar, ten aanzien van een gesloten verzekeringsovereenkomst.

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.

RATIONELE FARMACOTHERAPIE
Een behandeling met een geneesmiddel in een voor de betrokken verzekerde geschikte vorm, waarvan de effectiviteit uit wetenschappelijke literatuur is gebleken en die het meest economisch is voor de zorgverzekering en de verzekerde.

REGIEBEHANDELAAR
Een zorgaanbieder die binnen de Generalistische Basis GGZ en de Specialistische GGZ de regie voert over het zorgproces overeenkomstig het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Regiebehandelaren zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd.

REVALIDATIE-INSTELLING
Zie onder ‘instelling voor medisch-specialistische zorg’.

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 ouderengeneeskunde is ingeschreven in het register van de KNMG.

SPOEDEISENDE ZORG
Dringende en ongeplande medische en verpleegkundige zorg aan patiënten met acute aandoeningen of verwondingen.

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.

TROMBOSEDIENST
Organisatie die regelmatig het stollingsvermogen controleert van het bloed om stolling van het bloed tegen te gaan.

VERBLIJF
Zie onder 'Opname'.

VERDRAGSLAND
Elke staat, anders dan EU-/EER-staat, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Op de website van het CAK kunt u hier meer informatie over vinden.

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 als zodanig is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 en artikel 14 van de Wet BIG.

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.

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

WET TOELATING ZORGINSTELLINGEN (WTZI)
Deze wet regelt de toelating van zorgaanbieders op de zorgmarkt. Deze wet zal naar verwachting in de loop van 2021 worden vervangen door de WTZa (de Wet toetreding zorgaanbieders). Daar waar WTZi staat, kan ook WTZa (na inwerkingtreding daarvan) worden gelezen.

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.

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

ZORGAANBIEDER
Een instelling of beroepsbeoefenaar die zorg zoals omschreven in deze polisvoorwaarden verleent.

ZORGVERZEKERAAR
De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en die zorgverzekeringen in de zin van de Zvw aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze polisvoorwaarden van toepassing zijn, is de ‘Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.’.

ZORGVERZEKERING
Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

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

Deze 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.

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

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

LID 4 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”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt 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 dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie www.dsw.nl/consumenten/zorgverzekering/zorgverleners voor het ‘overzicht zorgverleners’ met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 **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 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.

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.

ARTIKEL 3 WERKGEBIED

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

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 2021.

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 verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 **AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)**

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op onze website. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

ARTIKEL 5 DUUR EN OPZEGGING VAN DE ZORGVERZEKERING

LID 1 ALGEMEEN

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de volgende situaties:

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

Indien de zorgverzekering eindigt, ontvangt de verzekeringnemer van ons een bewijs van uitschrijving.

LID 2 AAN HET EINDE VAN HET JAAR

Als verzekeringnemer mag u uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december schriftelijk opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgende jaar. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend 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 BIJ EEN WIJZIGING VAN DE VOORWAARDEN IN UW NADEEL

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**

Wij informeren u minstens zes weken van te voren als er een wijziging plaatsvindt in de hoogte van de premie. Bij verhoging van de premie heeft de verzekeringnemer het recht de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen vanaf de dag dat wij de mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. De zorgverzekering eindigt 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 2021 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 ter hoogte 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 ter hoogte 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 ter hoogte 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 betreffende 'De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie' (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is dan van toepassing.

Als wij maatregelen treffen tot incasso van onze vordering komen alle kosten daarvan voor uw rekening. Deze vorderingen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

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 laten ingaan zes weken nadat we deze aan u hebben doorgegeven.

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, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld en is bij alle zorgverzekeraars gelijk. Voor 2021 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 2021 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.

LID 2 VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico naast het 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 voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts.
Verloskundige zorg	Medicijnen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege zwangerschap of bevalling. Niet-invasieve prenatale test (NIPT) op medische indicatie. Kosten die verband houden met de behandeling van niet direct in de eigenlijke zwangerschap of kraamperiode, dat wil zeggen na zes weken na de bevalling, optredende aandoeningen. Ook wanneer deze aandoeningen late gevolgen van de zwangerschap kunnen zijn.
Kraamzorg	Geen uitzonderingen.
Ketenzorg	Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts.
Verpleging en verzorging die verband houdt met geneeskundige zorg en niet gepaard gaat met verblijf	Geen uitzonderingen.
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.

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)
Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt	Geen uitzonderingen.
Voetzorg bij diabetes mellitus	Geen uitzonderingen.
Gecombineerde Leefstijlinterventie	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.

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).

LID 6 **KOSTEN VOOR EIGEN REKENING**

Kosten die u op grond van de polisvoorwaarden 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 **TERUGVORDERING EN VERREKENING VAN HET EIGEN RISICO**

Wij kunnen kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoeden. Als u nog (een deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen wij dit met u.

LID 8 **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 9 **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 8 van dit artikel is beschreven.

LID 10 **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 ALGEMEEN

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

LID 2 WONEN IN NEDERLAND EN ZORG IN BUITENLAND

Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Op onze website kunt u zien met welke ziekenhuizen in België, Duitsland en Spanje wij een contract hebben gesloten. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, krijgt u maximaal 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.

LID 3 WONEN/VERBLIJVEN IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN DAT LAND, NEDERLAND OF ANDER 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;
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.

LID 4 WONEN/VERBLIJVEN IN BUITENLAND, MAAR NIET IN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN HET BUITENLAND

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 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 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 toestemming hebben gekregen. U heeft geen toestemming van ons nodig wanneer u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat en het om een behandeling gaat waarvoor geen machtiging vereist is zolang het gaat om een behandeling die 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: www.dsw.nl/Consumenten/vergoeding/buitenland/geplande-zorg.

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 deze toestemmingseis 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 6 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 7 VERGOEDING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG
Wij zullen medisch noodzakelijk zorg die is geleverd in het buitenland volledig vergoeden als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland. In de praktijk betreft dit over het algemeen spoedeisende zorg.

ARTIKEL 11 OVERIGE VOORWAARDEN

LID 1 RECHT OP ANDERE ZORG DAN IN VOORWAARDEN OMSCHREVEN

In de artikelen 15 tot en met 42 van deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u =recht heeft op vergoeding. U kunt echter ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn dat:

a. vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt; en
b. wij u van tevoren toestemming hebben gegeven voor die vorm van zorg; en
c. die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten.

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.

LID 4 REGISTRATIE VAN PERSOONSGEGEVENS

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om uw persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor statistische analyses en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

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. Dit privacy statement is tevens van toepassing op uw zorgverzekering.

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), Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE 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 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) vindt afzonderlijk plaats. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, die een geheimhoudingsplicht heeft.

Medische gegevens worden uitsluitend gebruikt wanneer dat noodzakelijk is bij het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de met u overeengekomen dienst(en) waarvoor de medische gegevens zijn aangeleverd. Om deze uitvoering correct te laten verlopen, zijn er naast de medisch adviseur 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 wat hierover in de privacy-regelgeving is geregeld;
d. eventuele aanvang en beëindiging van detentie binnen een maand aan ons te melden;
e. de verzekeringspas 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 bij nadeel

Als u de verplichtingen genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt en onze belangen hierdoor zijn geschaad, kunnen wij aanspraak maken op vermindering van de vergoedingsplicht tot maximaal het door ons geleden nadeel.

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 (of uw zorgverlener) ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u (of uw zorgverlener) een onware opgave met betrekking tot uw rechtstreekse (of via uw zorgverlener) ingediende declaratie of heeft u (of uw zorgverlener) anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan:

a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s);
c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;
e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie;
f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u of uw zorgverlener de genoemde handelingen uitvoert. Wij behouden ons het recht voor om in voorkomende gevallen ook derde partijen (waaronder de zorgverlener) aan te spreken op door ons ten onrechte uitgekeerde bedragen.

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. preconceptiezorg geleverd door een verloskundige wordt door ons niet vergoed. Voor deze zorg kunt u terecht bij een huisarts of na doorverwijzing bij een medisch specialist;
j. nota's voor afspraken waarvoor u niet bent komen opdagen ("no show");
k. kosten in verband met het vertalen van nota's die in een andere taal dan het Nederlands zijn opgesteld;
l. kosten die zijn ontstaan doordat u de rekening die u rechtstreeks van de zorgaanbieder heeft ontvangen niet op tijd aan de zorgaanbieder heeft betaald;
m. 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 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.

LID 4 KLACHTEN OVER, EN GESCHILLEN MET, ZORGVERLENERS

Voor klachten over uw zorgverlener of geschillen die u met uw zorgverlener heeft verwijzen wij u naar onze brochure ‘Klachten en geschillen’ die u kunt raadplegen op onze website.

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 op onze website onder ‘Vind uw zorgverlener’.

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

Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van: huisartsenzorg, geboortezorg, curatieve GGZ, zorg verleend door zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie, medisch specialistische revalidatie, Verpleging en Verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Vrije tarieven

Als er geen wettelijk maximumtarief geldt 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. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

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**

De kosten van zorg kunnen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij ons worden gedeclareerd of door u bij ons worden gedeclareerd.

De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons

Wij hebben met veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons kunnen declareren. Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het geldende 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 zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons

Soms stuurt de zorgaanbieder de nota direct naar u. 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 onze website en per post.

MijnDSW app

Met de MijnDSW app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht 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 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.

Akte van cessie en verrekening

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk, zie ook lid 3 van dit artikel.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, overdragen op de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder door middel van een akte van cessie. De bij ons ingediende nota vergoeden wij vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder met inachtneming van artikel 15, lid 3 van deze polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat een deel van de nota niet door ons wordt vergoed en dat u het verschil tussen het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag en het bedrag dat DSW aan de zorgaanbieder heeft uitbetaald, zelf aan de zorgaanbieder moet betalen.

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of u heeft recht op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan komt het aldus ontstane verschil voor uw rekening.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie of openstaande terug te vorderen bedragen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 **WACHTLIJSTADVIES**

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

LID 7 **TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACHTIGING)**

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf van ons toestemming voor heeft gekregen (een machtiging). Als er een toestemmingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanspraak (artikel 16 tot en met artikel 44) 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.

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 (zie lid 13 van dit artikel), 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 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 kreeg tijdens de looptijd van de vorige zorgverzekering voor zorg die onder de basisverzekering valt een machtiging, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de einddatum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. Betreft het een machtiging voor langer dan één jaar of voor onbepaalde tijd dan hanteren wij een geldigheidsduur van één jaar na datum van afgifte. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

LID 12 MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN

Uitsluitend door ons aan u gedane schriftelijke mededelingen 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. Voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in het kader van ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 **VOORWAARDEN**

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

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 17A VERPLEGING EN VERZORGING ZONDER VERBLIJF

LID 1 VERPLEGING EN VERZORGING

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij 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. Binnen de aanspraak Verpleging en Verzorging stellen wij 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.

LID 1.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 5

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, wanneer wij twijfelen aan de gestelde indicatie.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een 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). U dient in te stemmen met het zorgplan door het zorgplan te ondertekenen. Wij behouden ons het recht voor om ter controle het zorgplan op te vragen.

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 wordt 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 zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 1.3 UITSLUITINGEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging worden niet de kosten vergoed van:

a. verpleging en verzorging indien sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;
b. eerstelijnsverblijf zoals bedoeld in artikel 17b van deze polisvoorwaarden;
c. kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering;
d. verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij de persoonlijke verzorging samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
e. 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;
f. hulpmiddelenzorg;
g. farmaceutische zorg;
h. zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner.

LID 1.4 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Declarant

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

LID 2 ZORG AAN KINDEREN MET EEN MEDISCHE ZORGVRAAG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden 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.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een kinderverpleegkundige.

Machtiging

Voor onderstaande vormen van zorg binnen de Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging 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.

Verpleegkundige dagopvang en verblijf komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als een verzekerde die vanwege Zorg bij kinderen met een medische zorgvraag is aangewezen op Verpleging en Verzorging en waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

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 cliënt gedeclareerd mogen worden. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgplan
De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een kinderverpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan, waarbij gebruik wordt gemaakt van het Medisch Kind Systeem . In het Medisch Kind Systeem 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. 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 zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 2.3 UITSLUITINGEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging worden niet vergoed de kosten van:

a. verpleging en verzorging indien er sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;
b. kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering;
c. verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, indien de verzorging niet samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
d. 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;
e. hulpmiddelenzorg;
f. farmaceutische zorg;
g. zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner.

LID 2.4 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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

LID 3 PALLIATIEF TERMINALE ZORG (PTZ)

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij 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 een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 5.

Verwijzing

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 door een verpleegkundig specialist of een 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 gestreefd is naar inzet van mantelzorgers en vrijwilligers voor het leveren van PTZ (VPTZ), waar mogelijk. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend onder directe 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 zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 3.3 UITSLUITINGEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging worden niet vergoed de kosten van:

a. verpleging en verzorging indien er sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;
b. kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering;
c. verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij de persoonlijke verzorging samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
d. verpleging en verzorging indien sprake is van een aanspraak op de Wlz en de Wmo. Een aanspraak op de Wlz wordt vastgesteld door het CIZ. Een aanspraak op de Wmo wordt vastgesteld door de Gemeente;
e. hulpmiddelenzorg;
f. farmaceutische zorg;
g. zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner.

LID 3.4 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Declarant

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

LID 4 CASEMANAGEMENT DEMENTIE

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Casemanagement dementie valt onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Een verzekerde moet er redelijkerwijze op zijn aangewezen.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Van Casemanagement dementie is slechts sprake als de zorgbehoefte van de verzekerde complex is en voor zover reguliere afstemming tussen betrokken zorgverleners niet afdoende is om de complexe situatie het hoofd te kunnen bieden. Het is aan de wijkverpleegkundige om te oordelen of de noodzakelijke coördinatie de eigen expertise overstijgt, waardoor een casemanager ingezet moet worden.

De inzet van casemanagement moet proportioneel zijn ten opzichte van de problematiek die het oplost. Zolang met onderlinge afstemming een stabiele situatie is te realiseren, is geen sprake van casemanagement dementie, maar van normale samenwerking tussen zorgaanbieders. Van elke zorgaanbieder mag in de reguliere zorgverlening worden verwacht dat de nodige inspanning wordt geleverd om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, alsmede de deelname aan cliëntoverleg.

Indien de situatie complex en instabiel is kan het tijdelijk nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren middels casemanagement dementie, totdat weer kan worden teruggevallen op coördinatie en afstemming als onderdeel van reguliere zorgverlening. Het gaat dan vooral om intensieve zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden.

Zorgplan
De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een 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 V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan en dit te ondertekenen.

Zorgaanbieder
Casemanagement dementie wordt geleverd door een zorgmedewerker met een erkende post-hbo opleiding Casemanagement dementie.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 4.3 UITSLUITINGEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging worden niet vergoed de kosten van:

a. verpleging en verzorging indien er sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;
b. casemanagement dementie in geval van problematiek die niet primair leidt tot een zorgvraag die valt onder de aanspraak Verpleging en Verzorging, zoals eenzaamheid en vervuilde woning;
c. kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering;
d. verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij de persoonlijke verzorging samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
e. verpleging en verzorging indien er 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;
f. hulpmiddelenzorg;
g. farmaceutische zorg;
h. zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner.

LID 4.4 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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

LID 5 PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING (PGB VV)

In een aantal gevallen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. In welke gevallen en onder welke voorwaarden dit kan, staat omschreven in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 17B EERSTELIJNS VERBLIJF

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Het verblijf vindt in de eerste lijn plaats, omdat er geen noodzaak is tot medisch specialistische zorg en omdat de inschatting is dat er op korte termijn herstel te verwachten is met terugkeer naar de eigen omgeving. Onder het Eerstelijnsverblijf (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.

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 (AVG). Bij de geneeskundige zorg is ook de eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door de SO en AVG 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

ELV is het medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg verleent 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.

Verwijzing

Gaat u vanuit de thuissituatie naar een ELV locatie dan heeft u een verwijzing nodig van de huisarts.
Wordt u ontslagen vanuit het ziekenhuis dan dient u te worden doorverwezen door de medisch specialist dan wel een door de medisch specialist gedelegeerde transferverpleegkundige.

Machtiging

Er is voorafgaande toestemming nodig in de volgende gevallen:

a. Indien het ELV wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet er vooraf bij ons toestemming worden gevraagd, tenzij sprake is van een spoedeisende situatie waardoor een direct ELV noodzakelijk is. Bij de aanvraag voor toestemming moet de behandelaar (huisarts, SO of AVG) de diagnose, prognose en doelstelling van het verblijf omschrijven en motiveren.
b. Als een verblijf langer dan drie maanden duurt moet daar bij ons voorafgaande toestemming voor worden gevraagd. De aanvraag 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 kan worden verleend door een instelling met verblijfsplaatsen. Deze organisatie heeft verpleegkundigen en verzorgenden in dienst. De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts (huisarts, SO of AVG).

Uitsluitingen
Vanuit de aanspraak ELV worden de volgende situaties niet vergoed:

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).

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 18 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling 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.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door 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.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
b. 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.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts), optometrist of orthoptist. In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
c. Voor een kaakchirurgische behandeling mag u ook een verwijzing van een tandarts of orthodontist hebben.
d. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijk 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 met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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:
    1. lip-, kaak- of gehemeltespleten;
    2. misvorming van het benig aangezicht;
    3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
    4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
    5. 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 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

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 BEHANDELINGEN IN VERBAND MET TRANSSEKSUALITEIT

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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 behandelingen in verband met transseksualiteit worden niet vergoed:

a. Epilatie van borst en ledematen;
b. Contourcorrectie van borstkast 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 en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. 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 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

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen

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 bij alle drie de pogingen 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 volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. 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 na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

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;
c. sterilisatiebehandelingen;
d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
e. Kunstmatige inseminatie met donorzaad bij 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 van aanpassingsstoornissen;
i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
j. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose;
k. 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;
l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen (hiervoor kan wel een vergoeding mogelijk zijn via de aanspraak op hulpmiddelen, zie daarvoor artikel 35 van deze polisvoorwaarden of het Reglement Hulpmiddelen).

ARTIKEL 19 VOORWAARDELIJK TOEGELATEN ZORG

LID 1 VOORWAARDELIJK TOEGELATEN ZORG

De zorg bedoeld in artikel 2 lid 5, laatste volzin van deze polisvoorwaarden omvat tevens:

a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals omschreven in lid 2 van dit artikel;
b. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals omschreven in lid 2, onderdeel a van dit artikel;
c. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
d. van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2 van dit artikel;
e. van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2 van dit artikel;
f. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in lid 2, onderdeel a van dit artikel;
g. van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
h. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
i. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
j. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
k. vanaf 1 januari 2020 Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn;
l. vanaf 1 januari 2020 hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
m. de vormen van zorg die door de wetgever na 1 januari 2021 voorwaardelijk worden toegelaten tot het verzekerde pakket. Op onze website vindt u een actueel overzicht van de vormen van zorg die na 1 januari 2021 voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket.

LID 2 **ONDERZOEK NAAR ZORG**

Met 'onderzoek naar zorg' 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:
   1. de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek;
   2. de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
   3. 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 **HERSTELZORG IN VERBAND MET COVID-19**

Paramedische zorg omvat tot 1 augustus 2021 tevens fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hierna onder 'voorwaarden' is omschreven en voor zover een aanvullende analyse van de zorgverlening van toepassing is of, indien het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, verzekerde bereid is daaraan deel te nemen.

Voorwaarden

a. De zorg vangt aan binnen een termijn van een maand na een uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven verwijzing en omvat naast logopedie:
   i. na verwijzing door de huisarts of medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste zes maanden na de eerste behandeling;
   ii. na verwijzing door een medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens zes maanden in aansluiting op de periode, zoals bedoeld onder i.
b. Indien de zorg aanvangt voor 1 november 2020 is de termijn, genoemd onder a, niet van toepassing en volstaat een na aanvang van de zorg gegeven verklaring van de huisarts of medisch specialist indien geen verwijzing is afgegeven.
c. Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:
   i. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
   ii. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
      - de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
      - de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
      - 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 4 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Wettelijk 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.

ARTIKEL 20 ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij zwangerschap, bevalling en kraamzorg onderscheiden wij:

a. bevalling en kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis (zie lid 2 van dit artikel);
b. bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of een instelling (zie lid 3 van dit artikel);
c. bevalling en kraamzorg thuis (zie lid 4 van dit artikel);
d. prenatale screening (zie lid 5 van dit artikel);
e. verloskundige verrichtingen (zie lid 6 van dit artikel).

LID 2 BEVALLING EN KRAAMZORG MET MEDISCHE NOODZAAK IN EEN ZIEKENHUIS

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging in het ziekenhuis. 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 verloskundig actieve 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

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 tien dagen 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 een verloskundig actieve 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.

Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak in een instelling

De eigen bijdrage voor zowel moeder als kind/kinderen bedraagt € 18,50 per persoon per dag voor kraamzorg verleend in een instelling, zonder dat hiervoor medische noodzaak is. Als de instelling meer dan € 131,- per persoon per dag in rekening brengt, moet u het bedrag boven de € 131,- ook zelf betalen.

LID 3.3 UITSLUITINGEN

Materiaalkosten, logieskosten, maaltijdkosten en gastovernachtingen worden niet vergoed.

LID 3.4 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 BEVALLING EN KRAAMZORG THUIS

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

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 drie uur na de bevalling;
d. de kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) die wordt verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, verdeeld over ten hoogste tien dagen 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 verloskundig actieve 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.

Eigen bijdrage voor kraamzorg thuis

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,60 per uur.

LID 4.3 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 PRENATALE SCREENING

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Alle zwangere vrouwen hebben recht op vergoeding van prenatale screening. Deze screening omvat:

a. de counseling, waarbij informatie wordt gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet de screening te ondergaan.
b. het structureel echoscopisch onderzoek (SEO);
c. de combinatietest, indien hiervoor een medische indicatie bestaat waarbij uit de medische voorgeschiedenis blijkt een verhoogd risico op een kind met het Downsyndroom, het syndroom van Edwards of het syndroom van Patau;
d. de niet-invasieve prenatale test (NIPT), indien hiervoor een medische indicatie bestaat uit een combinatietest blijkt dat een aanmerkelijke kans bestaat op een foetus met een chromosoomafwijking;
e. invasieve diagnostiek, indien hiervoor een medische indicatie bestaat waarbij uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijkt dat een aanmerkelijke kans bestaat op een foetus met een chromosoomafwijking.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De counseling, SEO en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafspraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens deze wet. Deze voorwaarde van de vergunning geldt niet als sprake is van een medische indicatie.

Verwijzing

Een verwijzing van een huisarts of verloskundige is nodig wanneer een medisch specialist de zorg verleent.

Zorgaanbieder

Prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, echoscopist, verloskundig actieve huisarts of verloskundige.

LID 5.3 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 VERLOSKUNDIGE VERRICHTINGEN

LID 6.1 ECHO'S

LID 6.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Onder de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap vallen de volgende echo's:

a. algemene termijnecho
b. specifieke diagnose echo's:
    - biometrie echo: het beoordelen van de groei van het kind;
    - echo vanwege bloedverlies;
    - begeleidingsecho bij uitwendige versie;
    - liggingsecho: het bepalen van de hoofdligging van het kind;
    - 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;
    - vitaliteitsecho: vaststellen locatie en vitaliteit van de zwangerschap in het eerste trimester van de zwangerschap.

LID 6.1.2 VOORWAARDEN

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

LID 6.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

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 voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden.

LID 6.2 HET PLAATSEN VAN EEN IUD (SPIRAAL)

LID 6.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Het plaatsen van een IUD (spiraal) door een verloskundige.

LID 6.2.2 VOORWAARDEN

Het plaatsen van een IUD (spiraal) door een verloskundige wordt vergoed als verloskundige staat vermeld op het overzicht van "verloskundigen die bekwaam zijn in het plaatsen en verwijderen van spiralen en implantatiestaafjes" van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

LID 6.2.3 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 voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden.

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

Alleen medisch noodzakelijke diagnostiek die volgens de richtlijnen van de beroepsgroep past binnen de eerstelijnszorg, komt voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van uw huisarts, een GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG of van een GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG.

LID 3 UITSLUITING

Een algemene gezondheidscheck wordt niet vergoed.

LID 4 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 22 KETENZORG

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de zorg geleverd in het kader van multidisciplinair georganiseerde chronische zorg op het gebied van Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes Mellitus type 2 en Cardio Vasculair 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**

Vrije tarieven

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 23 MEDISCH-SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed wordt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Wij vergoeden revalidatie in de volgende vormen:

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

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Wij vergoeden de kosten van revalidatie alleen wanneer:

a. deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Het gaat om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, verstandelijk vermogen of gedrag; 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.

Machtiging

Voor een behandeling in een niet door ons gecontracteerde instelling voor revalidatie moet u vooraf van ons een machtiging 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 die tenminste driemaal individueel contact heeft met de patiënt in de verschillende fasen van het zorgtraject, waarbij zowel de revalidatiearts als de patiënt zich fysiek in dezelfde ruimte bevinden.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 24 GERIATRISCHE REVALIDATIE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden geriatrische revalidatie in de volgende vormen:

a. geriatrische revalidatie met verblijf;
b. geriatrische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling volgend op verblijf in het kader van geriatrische revalidatie.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

a. De zorg sluit binnen een week aan op een opname in een ziekenhuis, tenzij er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en sprake is van voorgaande medisch specialistische zorg voor deze aandoening; en
b. In het ziekenhuis heeft triage voor de geriatrische revalidatiezorg plaatsgevonden; en
c. U verbleef vóór de opname in het ziekenhuis niet in een Wlz-instelling voor samenhangende zorg; en
d. De behandeling wordt klinisch gestart en heeft eventueel vervolg met deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling; en
e. De zorg duurt in zijn geheel niet langer dan zes maanden. Als (in bijzondere situaties) de geriatrische revalidatiezorg langer duurt dan 6 maanden moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd.

Machtiging

Voor een behandeling in een door ons niet gecontracteerde instelling voor geriatrische revalidatie, moet u vooraf van ons een machtiging 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.

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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 25 ORGAANTRANSPLANTATIE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 1.1 VERGOEDING VOOR U ALS ONTVANGER VAN ORGAAN

Wij vergoeden:

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.

LID 1.2 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 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**

U en de donor hebben recht op vergoeding in verband met transplantatie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

a. De transplantatie vindt plaats volgens de algemeen geldende medische opvattingen en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk; en
b. De transplantatie van weefsels en organen vindt plaats in een EU-/EER-staat 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.

Machtiging

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

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.

LID 3 **UITSLUITINGEN**

Niet vergoed worden:

a. de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
b. eventueel misgelopen inkomsten van een donor;
c. kosten van het vervoer van de donor indien de donor een zorgverzekering in Nederland heeft.

LID 4 **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.

ARTIKEL 26 DIALYSE ZONDER OPNAME

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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.

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan 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 krijgen 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, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 27 MECHANISCHE BEADEMING

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 1.1 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.

LID 1.2 BEADEMING BIJ U THUIS

Als mechanische beademing bij u thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum, vergoeden wij naast de vergoedingen opgenomen in lid 1.1 van dit artikel:

a. het door het beademingscentrum verzorgen van de apparatuur die nodig is, zodat u deze bij elke behandeling direct kunt gebruiken;
b. de medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen die verband houden met de mechanische beademing.

LID 2 VOORWAARDEN

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgaanbieder

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

LID 3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden de kosten van verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is vanwege de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in lid 1.2 van dit artikel. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Wlz.

LID 4 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.

ARTIKEL 28 ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden 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/leverancier

De zorg wordt verleend door Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

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.

ARTIKEL 29 TROMBOSEDIENST

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de volgende zorg geleverd door de trombosedienst:

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**

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een trombosedienst.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 30 ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

LID 1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat:

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 voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen en die is verbonden aan een klinisch genetisch centrum.

LID 3 **ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 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 of een klinisch fysicus audioloog.

Zorgaanbieder

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

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 32 PARAMEDISCHE ZORG

LID 1 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie. 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 44 van deze polisvoorwaarden.

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

LID 1.1.1 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. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat ten hoogste 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.
e. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD), indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar of ouder ten hoogste:
    a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
    b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
        i. 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
        ii. 3 behandelingen per 12 maanden in daarop volgende jaren;
    c. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
        i. 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
        ii. 52 behandelingen per 12 maanden in daarop volgende jaren.

LID 1.1.2 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 1.2 VOORWAARDEN

Deze 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	Zorg
Bekkentherapeut	Bekkentherapie
Fysiotherapeut	Fysiotherapie
Geriatriefysiotherapeut	Geriatriefysiotherapie
Kinderfysiotherapeut	Kinderfysiotherapie
Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck	Kinderoefentherapie
Manueel therapeut	Manuele therapie
Oedeem- of huidtherapeut	Oedeemtherapie
Oefentherapeut Cesar of Mensendieck	Oefentherapie

Zorg verleend door zorgaanbieders die niet in bovenstaand overzicht zijn vermeld, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandeling aan huis

Indien een verzekerde aanspraak kan maken op de onder lid 1.1 genoemde zorg en vanwege een medische reden niet naar de praktijk kan komen, wordt behandeling aan huis of een aan huis toeslag vergoed.

LID 1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 **ERGOTHERAPIE**

Wij vergoeden ergotherapie. Voor ergotherapie in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 44 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

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

LID 2.2 **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.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

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 het wettelijk maximumtarief.

LID 3 **LOGOPEDIE**

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 44 van deze polisvoorwaarden.

LID 3.1 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist.

LID 3.2 **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.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een logopedist.

LID 3.3 **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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

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

LID 4 DIËTETIEK

Wij vergoeden diëtetiek. Voor diëtetiek in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vindt de vergoeding plaats op grond van de voorwaarden in artikel 44 van deze polisvoorwaarden.

LID 4.1 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).

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Diëtetiek zoals vermeld in lid 4.1, 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.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een diëtist.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 33 MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 A. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 KAAKCHIRURGIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

a. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
b. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
c. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
d. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
e. implantaten ten behoeve van een volledige overkappingsprothese.
f. het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat);
g. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient bij ons een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.

LID 2.1.3 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

LID 2.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Definitief kunstgebit

De zorgkosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Eigen bijdrage

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
- *Onder- en bovenkaak met in één kaak implantaten en in de andere kaak niet*
  17% van de kosten voor de gebitsprotheses, inclusief techniekkosten.

De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Zorgaanbieder
De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van de verzekerde.

LID 2.2.3 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.

Vrije tarieven
Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.3 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is. Dit omvat osteotomie bij de kaakchirurg.

Voor de techniek- en materiaalkosten geldt een maximaal te vergoeden bedrag. Deze maximale vergoedingen staan vermeld op onze website.

LID 2.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging
Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder
Deze zorg kan uitsluitend worden geleverd door een zorgverlener die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

LID 2.3.3 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.

LID 2.4 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale 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 2.4.2 VOORWAARDEN

Machtiging

a. Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
b. Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
c. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.4.1 van dit artikel betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan. De extreem angstige verzekerde van 18 jaar of ouder die zijn aanspraken te gelde maakt conform artikel 2.4.1 sub b betaalt altijd een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de extreme angst zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 2.4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde 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 **B. MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR**

Als aanvulling op de in lid 2 van dit artikel vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

LID 3.1 **TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN**

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
b. het incidenteel tandheelkundig consult;
c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a);
e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen) (zie ook lid 3.3 sub d);
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 (zie ook lid 3.3 sub c).

LID 3.2 **TANDVERVANGENDE HULP**

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede 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 direct gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.2b) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Zie ook lid 3.3 sub b.

LID 3.3 VOORWAARDEN

Machtiging

a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel.
b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.2 De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en door de hoofdbehandelaar bij de verzekeraar te zijn aangemeld. Er dient door de verzekeraar een machtiging te worden afgegeven voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Deze machtiging kan gebruikt worden tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.
   Vanwege de complexiteit van dit soort behandelingen wordt uitsluitend een machtiging afgegeven aan daartoe gespecialiseerde mondzorgpraktijken.
c. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer een zorgaanbieder een orthopantomogram (X21) wil maken bij een verzekerde onder de 18 jaar. Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.
d. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer bij een jeugdige verzekerde tot 18 jaar er meer dan 22 sealings dienen te worden vervaardigd, gerekend vanaf het moment dat de verzekering is afgesloten.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.3 van dit artikel van toepassing is;
b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub l van dit artikel van toepassing is;
c. onder lid 3.1 sub l van dit artikel is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten;
d. het gebruik van multifunctionele apparatuur (G74).

LID 3.5 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 4 C. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
b. 90% van de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
c. wanneer het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.
Wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT geldt eveneens een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van verzekerde.

LID 4.1.3 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 zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 34 FARMACIE

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

LID 2 ALGEMENE INFORMATIE

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

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

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (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 (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 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.

LID 2.4 EXTRA VOORWAARDEN

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 2.5 MEDISCHE NOODZAAK

Naast merkgeneesmiddelen (spécialités) zijn er ook merkloze (generieke) geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker zal het goedkoopste merkloze geneesmiddel afleveren, tenzij de apotheker van mening is, dat er op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd.

Uw apotheker weet dus welk middel hij u kan leveren. Als u zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurdere merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. U kunt deze nota bij ons indienen en krijgt u van ons de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed.

LID 3 FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van 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 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel.

LID 3.2 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ALGEMENE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN

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.

LID 4.1 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 geneesmiddelen tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de geregistreerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

LID 5.3 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 6 ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 6.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Onder strikte voorwaarden (zie lid 6.2 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

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

LID 6.2 VOORWAARDEN

Algemeen

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

Machtiging

De in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden en is er een machtiging nodig, zie ook lid 2.4 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

LID 6.3 UITSLUITINGEN

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

LID 7 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT

LID 7.1 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 7.2 VOORWAARDEN

Algemeen

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

LID 7.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel. 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 8 NIET (IN NEDERLAND) GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN

LID 8.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht;
c. geneesmiddelen die niet in Nederland geregistreerd zijn, maar dienen 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.

LID 8.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie.

LID 9 DIEETPREPARATEN

LID 9.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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

LID 9.2 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 vullen het formulier ‘verklaring dieetpreparaten’ van DSW in zoals deze is te vinden op onze website, en schrijven daarnaast het recept uit. Degene die het middel aflevert, controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet. Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u vooraf geen machtiging aan te vragen.

ARTIKEL 35 HULPMIDDELENZORG

LID 1 REGLEMENT HULPMIDDELEN

De overheid heeft een aantal hulpmiddelen aangewezen die voor vergoeding in aanmerking komen. Niet alle (categorieën) hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de aangewezen hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen 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 bruikleen worden verstrekt;
e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2 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 in het Reglement 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.

LID 3 VOORWAARDEN

Algemeen

a. Voor de vergoeding van een hulpmiddel moet aan alle voorwaarden zijn voldaan zoals genoemd in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.
b. Voor vergoeding van verbandmiddelen moet er tevens sprake zijn van een ernstige aandoening, waarbij u op een langdurige behandeling met deze verbandmiddelen bent aangewezen, ook wel chronische wondzorg genoemd.

Machtiging

Voor welke hulpmiddelen u een machtiging 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.

LID 4 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. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu´s en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit expliciet in het Reglement Hulpmiddelen staat;
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 5 ZORG VAN LEVERANCIER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven
Wanneer u naar een leverancier gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 36 ZIEKENVERVOER EN LOGEERVERGOEDING

LID 1 ALGEMEEN

Wij onderscheiden:

a. ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen (zie lid 2 van dit artikel);
b. ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'zittend ziekenvervoer' genoemd (zie lid 3 van dit artikel);
c. de vervangende logeervergoeding indien ziekenvervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is (zie 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 waarbij een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Machtiging

Een machtiging is alleen nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u met een ander vervoermiddel vervoerd moet worden. In spoedeisende gevallen is geen machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Aanvraag

Het ziekenvervoer per ambulance is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist, behoudens in spoedeisende gevallen.

Zorgaanbieder/leverancier

De zorg wordt verleend door een ambulancedienst met een erkende vergunning.

Vervoerstraject

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 waar u geheel of gedeeltelijk verblijft 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 waar u geheel of gedeeltelijk verblijft 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.

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 het wettelijk maximumtarief.

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

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Wij vergoeden:

a. de door u bij ons aangevraagd zittend 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. In spoedeisende gevallen is een toestemming of machtiging niet nodig.

   Voor zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,32 per kilometer. Voor de berekening van het aantal kilometers gaan we uit van de snelste route, géén rekening houdend met het actuele verkeer. Wij maken hiervoor gebruik van routediensten van Google.
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.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer wordt vergoed tot maximaal 200 kilometer (over een enkele reisafstand) tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand, en voor zover het gaat om zorg die onder de dekking van deze zorgverzekering valt en waarbij u:

a. een behandeling voor chronische hemodialyse 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 44 van deze polisvoorwaarden).

Het vervoer, bedoeld in lid 3.2, onderdelen a en b omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Hardheidsclausule

Buiten de hiervoor genoemde situaties onder a tot en met g 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 zittend 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 de 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 bij ons toestemming hebben gevraagd en een machtiging van ons hebben gekregen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden. In spoedeisende gevallen is een toestemming of machtiging niet nodig.

Aanvraag

Het zittend ziekenvervoer moet zijn aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Vervoerder

Als het zittend 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 zittend ziekenvervoer. Voor een overzicht van de door DSW gecontracteerde taxibedrijven kunt u tevens de website raadplegen.

Eigen bijdrage

a. Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 108,- per jaar. Deze eigen bijdrage geldt niet in de volgende gevallen: 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 bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Afsprakenkaart

Bij uw declaratie van een niet-gecontracteerde vervoerder moet u een afsprakenkaart meezenden waaruit wij kunnen opmaken waarop het ziekenvervoer betrekking heeft gehad.

Vrije tarieven

Wanneer u wordt vervoerd door een niet-gecontracteerde vervoerder, vergoeden wij uw zittend ziekenvervoer tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

LID 4 LOGEERVERGOEDING

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN LOGEERVERGOEDING

Een vergoeding voor 2 of meer overnachtingen in de buurt van de locatie waar u behandeld wordt. De logeervergoeding bedraagt maximaal € 76,50 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 zittend 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 zittend ziekenvervoer, zoals genoemd in lid 3 van dit artikel.

Machtiging
Om voor de logeervergoeding in aanmerking te komen moet u daarvoor vooraf bij ons om toestemming vragen en een machtiging 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 zittend ziekenvervoer is niet van toepassing op de logeervergoeding.

ARTIKEL 37 GENERALISTISCHE BASIS GGZ (GB-GGZ)

LID 1 ALGEMEEN

Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) vormen samen de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

LID 2 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN GB-GGZ

Het gaat om geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek 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.

LID 3 VOORWAARDEN GB-GGZ

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

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 GB-GGZ;
h. de verwijzing is niet langer dan één jaar voor de start van de behandeling gedateerd.

Zorgaanbieder GB-GGZ
De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling of een vrijgevestigde GZ-psycholoog, klinisch (neuro-) psycholoog of psychotherapeut.

Binnen een GGZ-instelling is de regiebehandelaar GZ-psycholoog, klinisch (neuro-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist ggz of psychotherapeut. Er moet sprake zijn van aantoonbare directe betrokkenheid door de regiebehandelaar bij zowel de diagnosestelling als tijdens de behandeling.

De GGZ-Instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

LID 4 **UITSLUITINGEN GB-GGZ**

Het volgende komt niet 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;

LID 5 **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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 38 GESPECIALISEERDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (S-GGZ)

LID 1 **ALGEMEEN**

De gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) en Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) vormen samen de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

LID 2 **TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN S-GGZ**

S-GGZ zonder verblijf

S-GGZ 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 specialistische behandeling van (zeer) complexe 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.

S-GGZ met verblijf

S-GGZ 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 is noodzakelijk 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. Wij vergoeden S-GGZ en de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Wij vergoeden 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 3 **VOORWAARDEN S-GGZ**

Verwijzing

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of regiebehandelaar in de 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 S-GGZ;
h. de verwijzing is niet langer dan één jaar voor de start van de behandeling gedateerd.

Betrokkenheid specialist

Een psychiater en/of klinisch psycholoog heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is en is aantoonbaar direct betrokken bij zowel de diagnostiek als de behandeling.

Zorgaanbieder S-GGZ zonder verblijf

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling of een vrijgevestigde psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog of psychotherapeut.

Binnen een GGZ-instelling is de regiebehandelaar psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, GZ-psycholoog, klinisch geriater of verpleegkundig specialist ggz of psychotherapeut.

Het specialistische karakter van de behandeling is geborgd door rechtstreekse betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog op belangrijke momenten in het diagnostiek- en behandelproces. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

De GGZ-Instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Zorgaanbieder S-GGZ met verblijf

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling. Binnen een GGZ-instelling is de regiebehandelaar psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, GZ-psycholoog, klinisch geriater of verpleegkundig specialist ggz of psychotherapeut. Er moet sprake zijn van aantoonbare directe betrokkenheid door de regiebehandelaar. Begeleidende disciplines zijn ondersteunend aan de behandeling.

De GGZ-Instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Machtigingsvereiste bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders
Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor verblijf, moet u daar vooraf van ons een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door ons gecontracteerde zorgaanbieders 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. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
f. het voorgestelde 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 te verwachten DBC-declaratiecode en de prestatiecode;
k. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
l. de eigen bijdrage die u (optioneel) zelf moet betalen.

LID 4 UITSLUITINGEN S-GGZ

Het volgende komt niet 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

Wettelijke maximumtarieven
Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 39 ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed worden 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) systeem gerichte '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 de 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 hebben ontvangen. 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

Zorgaanbieder

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

LID 3 UITSLUITINGEN

Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet:

a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
b. de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
c. de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkeling stoornis vanaf 23 jaar.

LID 4 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 40 STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed worden de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma behelst de 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 éénmaal per kalenderjaar volgen van het programma.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

U komt in aanmerking voor vergoeding van stoppen-met-rokenprogramma's indien:

a. de zorg plaatsvindt op basis van consulten of groepstherapie; en
b. de zorg bestaat uit programma's die voldoen aan de multidisciplinaire CBO richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-rokenondersteuning' (Herziening 2016), het 'Addendum voor zwangere vrouwen' (2017), de 'NHG-Standaard Stoppen met roken' en de Zorgstandaard Tabaksverslaving (2019).

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door:

a. een huisarts;
b. een medisch specialist;
c. een verloskundige;
d. een gezondheidszorgpsycholoog;
e. andere door DSW voor het leveren van het stoppen-met-rokenprogramma aangewezen zorgaanbieders of organisaties.

Geneesmiddelen of zelfhulpmiddelen

Alleen wanneer een stoppen-met-rokenprogramma gevolgd wordt, kan aanspraak worden gemaakt op geneesmiddelen op voorschrift van een (huis)arts of op de volgende zelfhulpmiddelen: nicotinepleisters, nicotinetabletten of nicotinekauwgom. Hiervoor dient het aanvraagformulier 'aanvraag zelfhulpmiddelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken' volledig ingevuld te zijn door de behandelaar en waarbij bij het gebruik van geneesmiddelen de (huis)arts het formulier moet invullen. Huisartsen kunnen volstaan met het vermelden van de letters SMR op het recept. Geneesmiddelen worden maximaal voor drie maanden vergoed en worden alleen vergoed als deze zijn afgeleverd door een apotheker.

LID 3 UITSLUITINGEN

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma worden niet apart vergoed, wanneer het stoppen-met-roken-programma integraal onderdeel uitmaakt van de ketenzorg en u hierin bent opgenomen. Voor ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 41 VOETZORG BIJ DIABETES MELLITUS

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed wordt voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus, zoals omschreven in het standpunt van het Zorginstituut: 'Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus' (publicatienummer 284, volgnummer 29119025) en er sprake is van een vastgesteld zorgprofiel, zoals omschreven in de meest recente Zorgmodule 'Preventie Diabetische voetulcera'.

Bij zorgprofiel 1 worden alleen de kosten van het jaarlijks gericht voetonderzoek vergoed. Bij zorgprofiel 2 of hoger wordt alle zorg die is vastgelegd in het individuele behandelplan vergoed.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Er dient een zorgprofiel te zijn vastgesteld door huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde. Dit zorgprofiel dient duidelijk vermeld te worden op de nota.

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

a. De zorg vallend onder zorgprofiel 1 wordt verleend door een medisch pedicure, pedicure met aantekening diabetische voet of een podotherapeut.
b. De zorg vallend onder zorgprofiel 2 of hoger wordt verleend door een podotherapeut die de zorg in onderaannemerschap kan delegeren aan een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet. De podotherapeut declareert de zorg als hoofdaannemer van de zorg.

LID 3 AMBULANTE VOETZORG

De noodzaak voor ambulante voetzorg geldt voor verzekerden van wie op basis van medische gronden, zowel fysiek als mentaal, redelijkerwijs niet verlangd kan worden dat zij in de praktijk behandeld worden. Vergoeding van de toeslag voor ambulante voetzorg is niet bedoeld voor mensen die praktische bezwaren hebben, bijvoorbeeld geen tijd, geen vervoer of vanuit gemak.

LID 4 UITSLUITINGEN

Onder voetzorg bij diabetes mellitus valt niet persoonlijke (voet)verzorging, zoals algemene nagelverzorging of het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen.

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

LID 5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 42 SPORTGENEESKUNDE

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, bedrijfsarts 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.

LID 3 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 4 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 43 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de gecombineerde leefstijlinterventie die aangeboden wordt door bestaande samenwerkingsverbanden die de multidisciplinaire (eerstelijns)zorg organiseren in de regio.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Een gecombineerde leefstijlinterventie richt zich op gezonde voeding en eetgewoontes, gezond bewegen en verwerven en behouden van gezond gedrag.

Verwijzing

De huisarts stelt een diagnose aan de hand van de NHG-richtlijn en Zorgstandaard Obesitas en verwijst door naar een interventie. De huisarts beoordeelt daarbij of de verzekerde voldoende gemotiveerd is om het complete programma te doorlopen.

Interventie

De aangeboden gecombineerde leefstijlinterventie moet door het RIVM ten minste zijn beoordeeld als een interventie 'met eerste aanwijzingen voor effectiviteit' (vanaf niveau II), zijn opgenomen in het register 'Loket Gezond Leven' van het RIVM, door de Erkenningscommissie zijn erkend en staan aangegeven op onze website (www.dsw.nl, zie onder: consumenten/vergoedingen/gli). De zorgaanbieder moet regelmatig zorginhoudelijk afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts. De leefstijlcoach is bekend met de sociale kaart en onderhoudt contact met beweeg- of buurtsportcoaches van de gemeente.

De interventie bestaat minimaal voor 80% uit 'face-to-face contacten' en de groepsbijeenkomsten bestaan gemiddeld uit 8 personen.

Duur

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

Criteria leefstijlcoach

De leefstijlcoach die een bewezen effectief programma aanbiedt zoals onder 'Interventie' is omschreven, staat geregistreerd bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) en heeft een licentie om het programma aan te bieden.

Samenloop

Naast de leefstijlinterventie wordt niet ook behandeling door een diëtist of behandeling door een fysiotherapeut voor dezelfde indicatie vergoed.

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.

ARTIKEL 44 GENEESKUNDIGE ZORG VOOR SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN

LID 1 ALGEMEEN

Generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn (GZSP) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog)complexe problematiek. GZSP viel tot en met 2019 volledig onder de tijdelijke subsidieregeling voor extramurale behandeling. Per 1 januari 2020 is een deel van GZSP vergoed vanuit uw zorgverzekering, namelijk de zorg die wordt verleend door de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten.

Per 1 januari 2021 wordt ook de zorg die individueel wordt verleend door de 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) vergoed vanuit uw zorgverzekering.

In dit artikel noemen wij de zorg die in 2021 door de specialist ouderengeneeskunde, de arts verstandelijk gehandicapten, de gedragswetenschappers en paramedici wordt verleend GZSP. Ook bovengenoemde vormen van groepszorg die in 2021 wordt verleend noemen wij GZSP. Deze zorg komt ten laste van het eigen risico.

LID 2 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Algemeen

Vanuit de GZSP vergoeden wij 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. Zorg betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie.

Vervoerskosten

De kosten van het vervoer naar de dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van het zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking kan voor vergoeding in aanmerking komen als is voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 36 van deze polisvoorwaarden. Zie daarover verder artikel 36.

LID 3 VOORWAARDEN

Algemeen

De huisarts is het eerste medische aanspreekpunt. Wanneer de problematiek van de patiënt complexer wordt, en de huisarts meent dat een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper een toegevoegde waarde heeft, verwijst de huisarts door naar de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Verwijzing
U heeft een verwijzing van de huisarts nodig.

Verzekerden die onder de Subsidieregeling extramurale behandeling vielen en al in het bezit zijn van een CIZ indicatie en na de overheveling van de zorg naar de Zorgverzekeringswet in zorg blijven of binnen 3 maanden na de overheveling in zorg gaan, hebben geen verwijzing nodig en hoeft er ook geen verwijzer op de declaratie te worden vermeld.

Zorgaanbieder
De specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper is in dienst bij een zorginstelling met een WTZi-toelating voor verblijf en behandeling alvorens de verleende zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

Zorg thuis
De zorg wordt uitsluitend thuis geleverd wanneer er een medische noodzaak is voor thuisbezoek.

LID 4 UITSLUITINGEN

Algemeen
Vanuit de GZSP worden niet de kosten vergoed van:

a. behandeling indien er sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;
b. behandeling indien er sprake is van een aanspraak op de Wet langdurige zorg;
c. indirect patiëntgebonden tijd, met uitzondering van gericht overleg met de huisarts;
d. geleverde zorg zonder verwijzing van een huisarts.

LID 5 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

BIJLAGE 1 PREMIEBIJLAGE 2021

GRONDSLAG VAN DE PREMIE

De grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 2 van deze polisvoorwaarden) bedraagt € 1.494,- 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 OP PREMIEGRONDSLAG
€ 100,-	€ 42,-
€ 200,-	€ 84,-
€ 300,-	€ 126,-
€ 400,-	€ 168,-
€ 500,-	€ 234,-

BIJLAGE 2 OVERZICHT WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN IN 2021

ZORG	EIGEN BIJDRAGE	ARTIKEL
Kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling	• € 18,50 per persoon per dag • Het bedrag dat de instelling vraagt boven € 131,- per persoon per dag	20 lid 3.2
Kraamzorg thuis	€ 4,60 per uur	20 lid 4.2
Klikgebit op implantaten	*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 *Onder- en bovenkaak met in één kaak* implantaten en in de andere kaak niet 17% van de kosten voor de gebitsprotheses, inclusief techniekkosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.	33 lid 2.2.2
Bijzondere tandheelkundige hulp	n.n.b.	33 lid 2.4.2
Het aanmeten en plaatsen van een volledig (nood)kunstgebit	25% van de kosten De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.	33 lid 4.1.2
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

ZORG	EIGEN BIJDRAGE	ARTIKEL
Hulpmiddelen	In het Reglement Hulpmiddelen wordt, indien van toepassing, per hulpmiddel onder 'Bijzonderheden' de eigen bijdrage weergegeven.	35 lid 2
Zittend ziekenvervoer	€ 108,- 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
CBT	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
CIS	Centraal Informatie Systeem
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DNA	Deoxyribonucleic acid (drager van erfelijke informatie)
EER	Europese Economische Ruimte
EHIC	European Health Insurance Card
ELV	Eerstelijns verblijf
EU	Europese Unie
FENAC	Federatie van Nederlandse Audiologische Centra
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
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
S-GGZ	Gespecialiseerde GGZ
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
WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
Zvw	Zorgverzekeringswet

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnDSW-app of scan van de nota en dien deze in via MijnDSW.

Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota 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_Zorg

DSW Zorgverzekeraar