

ZorgDirect.



**ALGEMENE
VOORWAARDEN
ZORGVERZEKERING
2020**

Basisverzekering, aanvullende verzekeringen
en tandartsverzekeringen



WAT IS BELANGRIJK OM TE WETEN EN WELKE VOORWAARDEN GELDEN IN 2020?

Basisverzekering
Aanvullende verzekeringen
Tandartsverzekeringen

2020

HOE LEEST U DIT DOCUMENT?

Als u dit document leest, heeft u waarschijnlijk zorg nodig of zorg ontvangen. U wilt weten of en hoeveel vergoeding u krijgt als u een bepaalde behandeling moet ondergaan of bepaalde medicijnen nodig heeft. In dit document vindt u antwoord op deze vragen.

ALGEMENE BEPALINGEN

Na de algemene servicepagina's vindt u de algemene verzekeringsbepalingen. Een deel van de bepalingen geldt voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Wij hebben ze daarom gecombineerd opgenomen. In deze algemene bepalingen staat bijvoorbeeld hoe u een nota moet indienen en binnen hoeveel dagen die door ons wordt betaald. Maar ook in welke gevallen u toestemming aan ons moet vragen voor een behandeling.

BASISVERZEKERING

In dit hoofdstuk vindt u de afspraken die alleen voor de basisverzekering gelden. Daarnaast leest u hier per zorgvorm (bijvoorbeeld huisartsenzorg) wat de dekking van de zorg is.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

In dit hoofdstuk vindt je u algemene afspraken die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus en Top, en voor de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop. Ook vindt u de dekking en vergoeding per zorgvorm vanuit de aanvullende verzekering Slim, Start, Extra, Plus en Top.

TANDARTSVERZEKERINGEN

In dit hoofdstuk vindt u de dekking en vergoeding vanuit de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop.

BEGRIPPENLIJST

Om verwarring over de uitleg van begrippen te voorkomen, vindt u achterin dit document een definitie van alle belangrijke begrippen. Altijd handig om erbij te hebben!

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE BEPALINGEN

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe? 9
2. Hoe dient u een nota in? 9
3. Wanneer betalen wij? 10

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit u een verzekering? 10
5. Voor hoe lang sluit u de verzekering? 11
6. Hoe werkt het als u zich bedenkt? 11
7. Wanneer eindigt de verzekering? 11
8. Hoe kunt u de verzekering beëindigen? 11
9. Hoe werkt het als u via het CAK verzekerd bent? 12
10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten? 12
11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit? 12

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd? 12
13. Hoe moet u de premie betalen? 13

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd? 13
15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen? 13
16. Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten? 14
17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er? 14
18. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens? 14
19. Hoe gaan wij om met fraude? 14
20. Hoe wordt u lid van de coöperatie? 15
21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden? 15
22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen? 15
23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming? 15
24. Verwijzing of voorschrift 15
25. Hoe kunt u een klacht indienen? 16

BASISVERZEKERING

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij u weigeren? 17
2. Wat is de grondslag van de basisverzekering? 17

Premie

3. Wanneer hoeft u geen premie te betalen? 17
4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand? 17

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico? 18
6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico? 19
7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico? 20

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd? 20
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen? 20

Dekking en vergoeding in Nederland

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 10. Wat is de dekking in Nederland? | 20 |
| 11. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld? | 21 |

Dekking en vergoeding in het buitenland

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 12. Wat is de dekking in het buitenland? | 21 |
| 13. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld? | 21 |

Omzetplafonds en volumeafspraken

- | | |
|------------------------------------------------------------|----|
| 14. Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken? | 22 |
|------------------------------------------------------------|----|

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg	22
Preventieve voetzorg	22
Overige geneeskundige (huisartsen)zorg	23
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	24
Medisch specialistische zorg (algemeen)	25
Second opinion	26
Transplantatiezorg	26
Revalidatiezorg	27
Geriatrische revalidatiezorg	27
Dialyse zonder opname	27
Mechanische beademing	28
Onderzoek naar kanker bij kinderen	28
Trombosezorg	29
Erfelijkheidsadvisering	29
Audiologische zorg	29
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	30
Verloskundige zorg	31
Kraamzorg	31
Fysiotherapie en oefentherapie	32
Logopedie	33
Ergotherapie	34
Diëtetiek	34
Ketenzorg	35
Tandheelkundige zorg	35
Orthodontie in bijzondere gevallen	37
Geneesmiddelenzorg	38
Verblijf	40
Eerstelijnsverblijf	41
Verpleging en verzorging zonder verblijf	41
Ambulancevervoer	42
Zittend ziekenvervoer	43
Basis ggz	44
Gespecialiseerde ggz	45
Hulpmiddelenzorg	46
Stoppen met roken	47
Gecombineerde leefstijlinterventie	48
Voorwaardelijk toegelaten zorg	48

AANVULLENDE VERZEKERINGEN SLIM, START, EXTRA, PLUS, TOP

Voorwaarden voor de aanvullende verzekering

Aanvullende verzekering sluiten en stopzetten

- | | |
|--------------------------------------------------------|----|
| 1. Wanneer kunt u een aanvullende verzekering sluiten? | 49 |
| 2. Wanneer begint de aanvullende verzekering? | 49 |
| 3. Hoe kunt u de aanvullende verzekering wijzigen? | 49 |

Premie	
4. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?	49
Verzekeringsdekking algemeen	
5. Wanneer heeft u recht op vergoeding?	50
Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen	
6. Wanneer geldt er een wachttijd?	50
7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?	50
8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?	50
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?	51
10. Telt een eerdere vergoeding mee als u een andere aanvullende verzekering sluit?	51
Dekking en vergoeding per zorgvorm	
Brillen en lenzen	51
Fysiotherapie en oefentherapie	
Fysiotherapie, oefentherapie	52
Beweegprogramma	52
Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen	53
Geneesmiddelenzorg	54
Gezinsplanning	
Kraampakket	54
Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak	55
Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg	55
Begeleiding bij borstvoeding	55
TENS bij bevalling	55
Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding	55
Anticonceptiemiddelen	56
Combinatietest	56
Sterilisatie	57
Specialistische zorg	
MammaPrint	57
Preventie	
Stoppen met roken	57
Sportmedisch advies	57
Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies	58
Gezondheidskursussen	58
Hulpmiddelen	58
Verblijf	
Hospice	59
Kuuroord	59
Therapeutisch vakantiecamp	60
Vervoer en ziekenbezoek	
Ziekenvervoer	60
Reiskosten bij ziekenbezoek	60
Logeershuis	61
Kinderopvang bij ziekenhuisopname	61
Uiterlijke verzorging	
Voetverzorging	61

Gezichtsverzorging	62
Ooglasering	62
Lensimplantaties	63
Spataderbehandeling	63
Oorstandcorrectie	63

Buitenland

Alarmcentrale	63
Vaccinaties	64
Spoedeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overledene	64

Overige zorg

Mantelzorgmakelaar	64
--------------------	----

TANDARTSVERZEKERINGEN TANDEXTRA, TANDPLUS, TANDTOP

Specifieke bepalingen voor de tandartsverzekering

Tandartsverzekering sluiten

Geldt er een medische selectie?	66
Dekking en vergoeding	66

WAT BETEKENEN ALLE BEGRIPPEN?

68

ALGEMENE BEPALINGEN

BEPALINGEN DIE VOOR DE BASISVERZEKERING EN DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN GELDEN

De bepalingen in het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen.

NOTA'S EN BETALING

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?

Kosten van de zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Heeft u de zorg in twee achtereenvolgende kalenderjaren gekregen, maar is de zorg in één bedrag in rekening gebracht? Dan wordt de zorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is gestart.

De kosten van een DBC(-zorgproduct) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct is geopend.

2. Hoe dient u een nota in?

Het is niet de bedoeling dat u een nota krijgt voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder. Een gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de declaratie rechtstreeks naar ons. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan kunt u zelf de nota declareren.

Wij nemen een nota in behandeling als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de nota bevat in elk geval de naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg en de naam en de geboortedatum van de verzekerde;
- de nota voldoet aan de wettelijke voorschriften voor het declareren van de zorg, waaronder ook de eisen van de NZa;
- de nota is op een van de volgende manieren ingediend:
 - de originele nota is per post ingediend; of
 - de (gescande) nota is via www.zorgdirect.nl (Mijn ZorgDirect) of met behulp van de ZorgDirect declaratie-app ingediend. In dat geval moet u de originele nota twee jaar na de indiening bewaren voor controle. Wij kunnen u vragen de originele nota alsnog naar ons te sturen. Als wij de originele nota dan niet ontvangen, vervalt het recht op vergoeding van die nota. De ten onrechte betaalde vergoeding vorderen we dan terug;
- de nota is in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse, Poolse, Spaanse of Turkse taal opgesteld. Is de nota in een andere taal opgesteld? Dan moet u een vertaling meesturen van een beëdigd vertaler. Doet u dat niet, dan kunnen wij weigeren de nota in behandeling te nemen;
- met een nota voor zorgkosten in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend Declaratieformulier buitenland mee. Het Declaratieformulier buitenland kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe;
- met een nota voor pgb wijkverpleging stuurt u een ingevuld en ondertekend Declaratieformulier pgb mee. Het Declaratieformulier pgb kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe;
- de nota is goed leesbaar.

U moet de nota van de zorg indienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Het gaat daarbij om de behandeldatum of leveringsdatum en niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als de zorg is omschreven als DBC(-zorgproduct), moet u de nota indienen binnen 12 maanden vanaf het moment dat de DBC of het DBC-zorgproduct is gesloten.

Als u een nota indient na de termijn van 12 maanden, kunnen wij besluiten de nota gedeeltelijk of helemaal niet te vergoeden. Een nota die u indient na verloop van drie jaren na de behandeldatum, leveringsdatum of datum van sluiting van de DBC of het DBC-zorgproduct, vergoeden wij nooit.

Als u een papieren nota, bijlagen of andere documenten naar ons stuurt, krijgt u die niet van ons terug. Als u dat wilt, verstrekken wij u een gewaarmerkte kopie van de documenten die wij van u hebben ontvangen.

Wij kunnen u vragen om nadere informatie om na te gaan of de gedeclareerde zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden.

U kunt een vordering die u op ons heeft of zult krijgen (een toekomstige vordering) niet overdragen aan een derde (een andere natuurlijke persoon of rechtspersoon). Dit verbod moet worden uitgelegd als een beding met goederenrechtelijke werking als bedoeld in artikel 3:83, lid 2, van het Burgerlijk Wetboek.

U kunt een derde (een andere natuurlijke persoon of rechtspersoon) geen opdracht geven tot inning van een vordering die u op ons heeft (bijvoorbeeld via lastgeving). Als u dat wel doet, dan zijn wij niet verplicht om de vordering aan die derde te voldoen. Wij hebben ook bevrijdend betaald als wij in dat geval de vordering aan u voldoen.

3. Wanneer betalen wij?

Een door u ingediende nota vergoeden wij in principe binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nota. Dan moet zijn voldaan aan alle voorwaarden voor (gedeeltelijke) vergoeding. De verwerking van de nota duurt langer als de nota niet volledig is of als meer tijd nodig is om na te gaan of de zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden. U kunt via Mijn ZorgDirect de verwerking van de nota nagaan.

Wij mogen de kosten van de zorg rechtstreeks voldoen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Door die betaling vervalt uw aanspraak op vergoeding. Als wij aan een zorgaanbieder meer vergoeden dan wij verplicht zijn op grond van de verzekering, kunnen wij u (verzekerde/verzekeringnemer) het teveel betaalde in rekening brengen. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet dan het teveel betaalde aan ons vergoeden. Wij voldoen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen door betaling op het ons bekende IBAN van de verzekeringnemer. Als u dat niet wilt, moet u ons dat tijdig schriftelijk laten weten. Door de betaling aan de verzekeringnemer vervalt uw aanspraak op vergoeding.

Wij mogen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen verrekenen met de door u (verzekerde/verzekeringnemer) aan ons verschuldigde premies, rente, kosten of andere bedragen.

Op de vergoeding van kosten van de zorg die valt onder de basis-verzekering brengen wij de wettelijke eigen bijdrage in mindering, tenzij de wettelijke eigen bijdrage al is verrekend met de zorgaanbieder.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

VERZEKERINGEN SLUITEN EN STOPZETTEN

4. Hoe sluit u een verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt een aanvraag tot het sluiten van een verzekering doen, door een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier naar ons te sturen. Dat kan ook via onze website en het aanvraagformulier op www.zorgdirect.nl/aanmelden. Op verzoek zenden wij een aanvraagformulier toe. U kunt ook een aanvraag indienen via een tussenpersoon waarmee wij afspraken hebben gemaakt over bemiddeling in onze verzekeringen.

U (verzekeringnemer) vermeldt bij de aanvraag uw adres en het adres van de te verzekeren persoon of personen.

De basisverzekering gaat in op de dag waarop wij de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Wij sturen u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvraag met de datum van ontvangst.

Als wij niet kunnen vaststellen of de te verzekeren persoon verplicht is een basisverzekering te sluiten, vragen wij u (verzekeringnemer) om aanvullende informatie. De basisverzekering voor die te verzekeren persoon gaat dan in op de dag dat wij de aanvullende informatie hebben ontvangen en uit die informatie de verzekeringsplicht blijkt. Wij sturen u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvullende informatie met de datum van ontvangst.

Als de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de zorg-verzekeringsplicht is ontstaan, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag waarop de zorgverzekeringsplicht is ontstaan.

Als de te verzekeren persoon op de dag van de aanvraag al een zorg-verzekering heeft, gaat de basisverzekering in op de latere dag dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering wilt laten ingaan.

Als de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door een wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 7:940, lid 4, van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Wij verstrekken u (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekering en vervolgens voor het begin van ieder kalenderjaar een polis.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) toestemming heeft gegeven voor het digitaal ontvangen van de polis, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;

- via Mijn ZorgDirect, te vinden via www.zorgdirect.nl.

5. Voor hoe lang sluit u de verzekering?

De verzekering wordt gesloten voor één kalenderjaar. Als de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar, wordt deze gesloten voor de duur van dat kalenderjaar.

De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij sprake is van voortijdige opzegging als bedoeld in deze verzekeringsvoorwaarden.

6. Hoe werkt het als u zich bedenkt?

U (verzekeringnemer) kunt zich na het sluiten van de verzekering bedenken. In dat geval kunt u (verzekeringnemer) de verzekering binnen 14 dagen na ontvangst van de eerste polis opzeggen. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel betaalde premie terugstorten en u (verzekerde/verzekeringnemer) verplicht bent om de eventueel door ons betaalde zorgkosten terug te betalen.

U (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.zorgdirect.nl/wijzigen.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

7. Wanneer eindigt de verzekering?

De verzekering eindigt met ingang van de dag na de dag waarop:

- onze vergunning voor het mogen aanbieden van zorgverzekeringen is geëindigd. In dat geval melden wij u (verzekeringnemer) uiterlijk twee maanden voor het eindigen van de verzekering de datum van de beëindiging en de reden;
- u overlijdt. De verzekeringnemer of uw erfgenamen zijn verplicht het overlijden spoedig aan ons door te geven.

De basisverzekering eindigt daarnaast met ingang van de dag na de dag waarop:

- uw verzekeringsplicht eindigt. Dat moet u (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Als u niet verplicht bent geweest om een zorgverzekering te hebben, dan beëindigen wij de basisverzekering vanaf het moment dat uw basisverzekering is ingegaan. Wij verrekenen de premie die is betaald met de zorg die is vergoed. Het verschil betalen wij of brengen wij in rekening.
- u als gevolg van wijziging van ons werkgebied buiten ons werkgebied komt te wonen.

8. Hoe kunt u de verzekering beëindigen?

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen van een andere persoon die u verzekerd heeft en die op grond van een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van die andere zorgverzekering, eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen binnen zes weken nadat u van de Nederlandse Zorgautoriteit een mededeling hebt ontvangen dat wij een aanwijzing hebben gekregen of aan ons een bestuurlijke boete is opgelegd, omdat wij ons in strijd met de wet via een elektronisch uitwisselingsstelsel toegang tot uw gegevens hebben verschaft. De basisverzekering eindigt dan op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als wij de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van u (verzekerde/verzekeringnemer) wijzigen. Dit geldt niet als de wijziging het rechtstreekse gevolg is van een wijziging van de wettelijke regeling. De opzegging moeten wij ontvangen voor de ingangsdatum van de wijziging of binnen één maand nadat wij de wijziging hebben gemeld. De verzekering eindigt dan op de dag dat de wijziging ingaat.

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als uw deelname aan een collectiviteit eindigt door de beëindiging van een dienstverband en u (verzekeringnemer) direct aansluitend daarop een nieuwe zorgverzekering sluit en deelneemt aan een collectiviteit via uw nieuwe dienstverband. Dat geldt ook voor uw gezinsleden. De opzegging moeten wij ontvangen binnen 30 dagen na de beëindiging van het dienstverband. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, eindigt de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Dat is doorgaans de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de kalendermaand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. In andere gevallen eindigt de verzekering op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

De genoemde opzegmogelijkheden gelden niet voor de basisverzekering als de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan en wij u (verzekeringnemer) hebben aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, tenzij wij de dekking van de basisverzekering hebben opgeschort of tenzij wij u (verzekeringnemer) binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

U (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op één van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.zorgdirect.nl/wijzigen.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoekt om een verzekering te sluiten, beschouwen wij dat verzoek ook als een opzegging van een bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een andere zorgverzekeraar verzoekt om daar een verzekering te sluiten, dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, dat verzoek ook als een opzegging van de bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

9. Hoe werkt het als u via het CAK verzekerd bent?

Als u verzekerd bent door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering vernietigen. Dat kan alleen in de periode van twee weken vanaf de datum dat het CAK u heeft gemeld dat u verzekerd bent. U moet daarbij aantonen dat u al een andere zorgverzekering hebt gekregen in de periode van drie maanden vanaf de datum van verzending door het CAK van de tweede bestuurlijke boete wegens het onverzekerd zijn en de opdracht u te (laten) verzekeren op grond van een zorgverzekering.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering niet opzeggen gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt. Gedurende die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 8 van deze algemene bepalingen niet.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunnen wij de basisverzekering wegens dwaling vernietigen, als achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden of de dekking van de verzekering opschorten:

- als u (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd heeft voldaan. Dat geldt alleen als u (verzekeringnemer) na schriftelijk te zijn aangemaand tot betaling binnen de daarvoor gestelde termijn, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betalen, nog niet volledig heeft betaald. Opzeggen of ontbinden wegens wanbetaling doen wij niet met terugwerkende kracht. Een opschorting wegens wanbetaling eindigt op de dag na die waarop wij het verschuldigde bedrag, inclusief rente en kosten, hebben ontvangen;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons niet, niet volledige of onjuiste informatie of bescheiden verstrekt die relevant zijn voor de uitvoering van de verzekering en die tot nadeel voor ons leiden of kunnen leiden;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) iets gedaan heeft met de opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- als u zich jegens ons of onze medewerkers ernstig misdraagt.

In alle gevallen verstrekken wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bewijs van het einde van de verzekering. Bij het eindigen van de basisverzekering sturen wij een bewijs met vermelding van de gegevens die de Zorgverzekeringswet ons voorschrijft.

11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort gedurende de periode waarin u in detentie zit. Wij kunnen uw basisverzekering niet opzeggen of ontbinden zolang u in detentie zit.

Vergeet niet ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen:

- per e-mail naar verzekerden@zorgdirect.nl; of
- per post naar ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als u in het buitenland in detentie zit, moet u ons als bewijs daarvan een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland overleggen waaruit die detentie blijkt.

PREMIE

12. Hoe is de premie opgebouwd?

De premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met eventuele kortingen, bijvoorbeeld door een vrijwillig eigen risico of door deelname aan een collectiviteit. De premiegrondslag is opgenomen in de Premiebijlage bij de verzekeringsvoorwaarden.

De premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie staan vermeld in de polis.

Als de verzekering niet ingaat per de eerste dag van een maand, wordt de premie voor die eerste maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

Het kan voorkomen dat wij op grond van de wet of een verdrag in verband met uw verzekering een belasting of andere heffing moeten betalen in Nederland of in het buitenland. In dat geval kunnen wij dat bedrag in de vorm van een toeslag naast uw premie in rekening brengen. U moet de toeslag dan aan ons voldoen. Als een toeslag van toepassing is, is deze opgenomen in uw polis.

13. Hoe moet u de premie betalen?

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruit betalen. Dat moet voor de dag dat de periode begint waarop de premie betrekking heeft. Wij bepalen of de betaling per maand, per half jaar of per jaar mag en welke vorm van betaling mogelijk is.

Bij niet-tijdige betaling van de premie of andere aan ons te betalen bedragen, kunnen wij u (verzekerde/verzekeringnemer) de wettelijke rente, invorderingskosten en administratiekosten in rekening brengen.

U (verzekerde/verzekeringnemer) mag de te betalen premie of andere aan ons te betalen bedragen niet verrekenen met van ons te ontvangen bedragen. Ook mag u (verzekerde/verzekeringnemer) de betaling niet opschorten als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bedrag verschuldigd zijn.

In geval van overlijden van de verzekerde betalen wij de reeds betaalde premie terug, voor zover die betrekking heeft op de periode vanaf de dag na het overlijden.

BELANGRIJKE REGELS

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn bestemd om te worden aangeboden aan alle personen die in Nederland of in het buitenland wonen en die verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- als u zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek, zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);
- de zorgaanbieder die u behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan onze medisch adviseur of medewerkers medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de verzekering;
- ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging IBAN, echtscheiding, einde deelname aan een collectiviteit of die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich niet houdt aan de informatieplichten die in dit artikel en in de overige verzekeringsvoorwaarden staan genoemd, heeft u geen recht op de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

Als wij tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

Onze mededelingen aan u (verzekerde/verzekeringnemer) gelden alleen als wij deze schriftelijk of, met uw toestemming, per e-mail hebben bevestigd. Als wij gebruik maken van het laatst bij ons bekende woonadres of e-mailadres van u (verzekerde/verzekeringnemer) dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling u (verzekerde/verzekeringnemer) heeft bereikt.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons een e-mailbericht stuurt, mogen wij ervan uitgaan dat u daarmee toestemming geeft dat wij daarop reageren per e-mailbericht.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons toestemming hebt gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.zorgdirect.nl/wijzigen.

16. Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?

Het kan gebeuren dat u door toedoen van een ander zorg nodig heeft, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval. Die persoon kan aansprakelijk zijn voor de kosten van de zorg die u daardoor nodig heeft.

Als iemand anders mogelijk aansprakelijk is voor de kosten van de zorg aan u, bent u verplicht dat ons te melden. Dat kan op verschillende manieren:

- telefonisch via 088 687 74 74;
- schriftelijk. Richt de brief aan ZorgDirect, Verhaal, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan verhaal@zorgdirect.nl;
- via het formulier 'schade door ongeval' op www.zorgdirect.nl/schade. Via onze website krijgt u direct een globale indicatie of verhaal van schade door uzelf of door ons misschien mogelijk is.

U bent verplicht ons de informatie te geven die wij nodig hebben om de kosten van de zorg aan u te verhalen op die andere persoon.

U mag geen afspraken maken met een ander of de aansprakelijkheids-verzekeraar van die ander, die onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen benadelen of kunnen benadelen. Dat geldt niet als u vooraf schriftelijke toestemming van ons heeft gekregen.

Als onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen door uw toedoen of uw nalaten zijn benadeeld, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor de door ons geleden schade en ontstane kosten.

17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u (verzekerde/verzekeringnemer) lijdt als gevolg van het doen of nalaten van een zorgaanbieder die u zorg heeft verleend of had moeten verlenen.

Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van onze tekortkomingen bij de uitvoering van de verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de basisverzekering voor onze rekening zouden zijn gekomen.

18. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?

De persoonsgegevens en de uitvoeringsgegevens die wij van u (verzekerde/verzekeringnemer) krijgen, nemen wij op in onze administratie. Wij gebruiken deze gegevens voor de volgende doelen:

- het aangaan en uitvoeren van de verzekering;
- wetenschappelijke en statistische analyse;
- het vergroten van ons klantenbestand en voor informatieverstrekking over onze producten;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- het bewaken van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, waaronder het voorkomen en bestrijden van fraude;
- onderzoek naar de door u ervaren kwaliteit van de zorg.

Op de verwerking van persoonsgegevens is ons privacy statement van toepassing. Dit kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken via www.zorgdirect.nl/privacy. Op verzoek zenden wij het toe.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC Zeist. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is om voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie hierover en het privacyreglement van Stichting CIS zijn te vinden via www.stichtingcis.nl.

Als daarover afspraken zijn gemaakt met uw zorgaanbieder, kan deze de bij ons geregistreerde adresgegevens en polisgegevens van u inzien via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Dit is voor de zorgaanbieder noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons te declareren.

Het kan gebeuren dat uw persoonsgegevens extra bescherming nodig hebben, bijvoorbeeld omdat u in een opvangtehuis verblijft. Als u vindt dat die extra bescherming voor u nodig is, kunt u ons dat melden. Als wij uw melding terecht vinden, zorgen wij voor extra maatregelen ter bescherming van uw persoonsgegevens.

19. Hoe gaan wij om met fraude?

Bij geconstateerd gedrag dat een bedreiging vormde, vormt of kan vormen voor de (financiële) belangen van ons, onze medewerkers, onze klanten of voor de continuïteit of integriteit van de financiële sector kunnen wij uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister (EVR). Dit gebeurt volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Dit protocol kunt bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/fraude. Op verzoek zenden wij het toe. Het EVR wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

In geval van fraude:

- kunnen wij uw (verzekerde/verzekeringnemer) gegevens laten opnemen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH) of andere tussen

verzekeraars erkende signaleringssystemen van fraude. Dit gebeurt volgens de regels van het FISH Protocol. Dit protocol kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/fraude. Op verzoek zenden wij het toe;

- kunnen wij overgaan tot het doen van aangifte bij de politie;
- kunnen wij de onderzoekskosten die wij hebben gemaakt voor het opsporen en aantonen van de fraude, op u (verzekerde/verzekeringnemer) verhalen;
- kunnen wij de verzekering beëindigen;
- heeft u geen recht op vergoeding van kosten van de zorg en kunnen wij uitgekeerde vergoedingen, waaronder ook de kosten die daarvoor gemaakt zijn, terugvorderen.

20. Hoe wordt u lid van de coöperatie?

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een verzekering heeft gesloten of krachtens een verzekering verzekerd bent, geldt de aanvraag tevens als een aanvraag tot het lidmaatschap van Coöperatie Eno U.A. Dat geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons hebt gemeld hiervan af te zien. De ledenraad van Coöperatie Eno U.A. beslist over een aantal belangrijke zaken. De ledenraad wordt gekozen uit de leden.

Het lidmaatschap eindigt door overlijden, door opzegging of door ontzetting uit het lidmaatschap.

Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de laatste verzekering bij ons is geëindigd.

21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg in geval van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van uw verzekering. Dat geldt bijvoorbeeld als u ons probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Voor de definities daarvan geldt de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank te Den Haag is gededoneerd.

Als de minister van Financiën gebruik maakt van de bevoegdheid, neergelegd in artikel 18b lid 1 van de Noodwet financieel verkeer, en de behoefte aan zorg is ontstaan naar aanleiding van een of meer in die bepaling bedoelde terroristische handelingen, heeft u slechts recht op een of meer prestaties voor zover de kosten daarvan niet hoger zijn dan door de minister van Financiën is bepaald. In geval van schade veroorzaakt door terrorisme is de dekking verder beperkt tot het bedrag van uitkering dat wij binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is te raadplegen via www.zorgdirect.nl/terrorismedekking. Op verzoek zenden wij dit toe. Als wij op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering een extra bijdrage krijgen, heeft u ook recht op de aanvullende vergoeding volgens deze regelingen.

22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?

Wij kunnen de verzekeringsvoorwaarden met ingang van een door ons te bepalen datum wijzigen. Een wijziging van de premiegrondslag van de basisverzekering treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop wij deze aan u (verzekeringnemer) hebben medegedeeld.

23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?

Soms heeft u voor het recht op zorg of voor de vergoeding daarvan toestemming van ons nodig. In dat geval moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Hiermee proberen wij problemen achteraf te voorkomen. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of u een toestemming van ons nodig heeft. Bij de beoordeling van het verzoek om toestemming toetsen wij of de gewenste zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden of de zorg het meest is aangewezen in uw situatie en of de zorgaanbieder aan onze kwaliteitseisen voldoet. U weet dan van tevoren of en hoeveel vergoeding u krijgt voor de zorg. Als wij toestemming geven, geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

De aanvraag om toestemming moet altijd bevatten uw naam, adres en woonplaats en de naam, adres, woonplaats en het beroep van de zorgaanbieder. In de specifieke voorwaarden voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering is per zorgvorm omschreven welke informatie de aanvraag nog meer moet bevatten.

Een aanvraag om toestemming kunt u sturen naar: ZorgDirect, Medisch adviseur, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als uw zorgaanbieder de aanvraag namens u indient, willen wij graag weten dat u daarmee akkoord bent. Dat kan door uw handtekening op de aanvraag te zetten. Wij kunnen u uitnodigen om de aanvraag tijdens een spreekuur toe te lichten.

Het kan voorkomen dat u zorg vanuit de basisverzekering nodig heeft waarvoor toestemming is vereist en dat u voor die zorg of vergoeding daarvan al toestemming hebt gekregen van uw vorige zorgverzekeraar. In dat geval behoudt u de toestemming voor de periode die uw vorige zorgverzekeraar heeft aangegeven. U heeft met de toestemming recht op de zorg of, indien van toepassing, de vergoeding van de kosten van de zorg volgens de regels in onze verzekeringsvoorwaarden. Het volstaat om die toestemming aan ons te overleggen. Als uw vorige zorgverzekeraar geen periode heeft aangegeven, geldt de toestemming tot maximaal een jaar na de datum van afgifte van de toestemming door uw vorige zorgverzekeraar.

U heeft geen recht op zorg waarvoor u van uw vorige zorgverzekeraar toestemming heeft gekregen, als de zorg of kosten van de zorg waarop de toestemming betrekking heeft, in de tussentijd niet meer is of zijn verzekerd.

24. Verwijzing of voorschrift

Vaak heeft u voor het recht op de zorg of voor de vergoeding daarvan een verwijzing of een voorschrift nodig. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of u een verwijzing of een voorschrift nodig heeft. Daarbij is vermeld welke zorgaanbieder de verwijzer of voorschrijver kan zijn. De geldigheidsduur van de verwijzing of het voorschrift is negen maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing of het voorschrift is afgegeven. De geldigheidsduur kan langer of korter zijn, als dat uitdrukkelijk in de verzekeringsvoorwaarden bij de betreffende zorgvorm is aangegeven. Is de zorg niet binnen de geldigheidsduur gestart? Dan heeft u voor het recht op die zorg of voor de vergoeding daarvan die een nieuwe verwijzing of een nieuw voorschrift nodig.

De verwijzer of voorschrijver moet deskundig zijn op het vakgebied waarop de verwijzing of het voorschrift betrekking heeft.

Heeft u een verwijzing of voorschrift ontvangen in de periode dat u nog bij een andere zorgverzekeraar was verzekerd? Dan hoeft u de verwijzing of het voorschrift niet opnieuw aan te vragen, tenzij de geldigheidsduur inmiddels is verstreken.

25. Hoe kunt u een klacht indienen?

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) het niet eens bent met een beslissing die wij hebben genomen in het kader van de verzekering, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoeken deze beslissing opnieuw te bekijken. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet uw verzoek indienen binnen zes weken na ontvangst van onze beslissing. U (verzekerde/verzekeringnemer) dient uw verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.zorgdirect.nl/klachten.

Reageren wij niet binnen zes weken op uw verzoek of bent u (verzekerde/verzekeringnemer) niet tevreden over onze reactie? Dan kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Dit geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil al hebt voorgelegd aan de burgerlijke rechter. Het SKGZ handelt volgens een eigen reglement. De Ombudsman van de SKGZ bemiddelt in het geschil. Als bemiddeling niet mogelijk is of geen bevredigend resultaat geeft, kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindend advies uitbrengen. Meer informatie staat op www.skgz.nl. U (verzekerde/verzekeringnemer) heeft altijd het recht om een geschil met ons aan de burgerlijke rechter voor te leggen.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een formulier dat wij gebruiken te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u ons vragen het gebruik van dat formulier opnieuw te bekijken. U (verzekerde/verzekeringnemer) dient uw verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.zorgdirect.nl/klachten.

U (verzekerde/verzekeringnemer) kunt ook een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over het door ons gebruikte formulier. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft een bindend advies. Meer informatie staat op www.nza.nl.

BASISVERZEKERING

SPECIFIEKE BEPALINGEN VOOR DE BASISVERZEKERING

De afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen. Voor de basisverzekering gelden daarnaast nog specifieke bepalingen. U leest in dit hoofdstuk welke dat zijn.

BASISVERZEKERING SLUITEN EN STOPZETTEN

1. Wanneer kunnen wij u weigeren?

Wij zijn niet verplicht de basisverzekering te sluiten als:

- u al een zorgverzekering heeft;
- wij uw eerdere basisverzekering in de vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de nieuwe basisverzekering hebben opgezegd of ontbonden vanwege het niet betalen van de premie of vanwege opzettelijke misleiding door u (verzekerde/verzekeringnemer);
- het adres van de te verzekeren persoon dat is opgegeven bij de aanvraag voor de basisverzekering niet in de BRP voorkomt of afwijkt van het adres van die persoon in de BRP. Dit geldt niet als de te verzekeren persoon niets aan de afwijking kan doen. Het geldt ook niet als u (verzekeringnemer) bij de aanvraag voor de basisverzekering het volgende aan ons overlegt:
 - een verklaring van de SVB waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is op grond van de Wlz; of
 - een werkgeversverklaring of een loonstrook, beide niet ouder dan een maand, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon aan de loonbelasting is onderworpen vanwege in Nederland in dienstbetrekking verrichte werkzaamheden.

2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?

De basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen. Verder is de basisverzekering gebaseerd op het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanmeldformulier en afspraken in verband met een collectiviteit waar u (verzekeringnemer) aan deelneemt.

De basisverzekering moet worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen.

Is een bepaling in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering geheel of gedeeltelijk niet in overeenstemming met een bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering of de toelichtingen? Dan is die bepaling of dat gedeelte van die bepaling in de verzekeringsvoorwaarden niet van toepassing. In plaats daarvan geldt de bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

Dat geldt ook als de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering in de loop van het jaar wijzigen. Als door die wijziging een verschil ontstaat met de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering, dan gelden de bepalingen in de gewijzigde Zorgverzekeringswet, Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering.

Alle ministeriële regelingen, reglementen of andere bijlagen, waarnaar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen, maken onderdeel uit van de basisverzekering.

PREMIE

3. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?

U (verzekeringnemer) moet ons premie voor de basisverzekering betalen, behalve in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie te betalen voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden;
- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen in de periode dat u aan het CAK een bestuursrechtelijke premie moet betalen. In dat geval is sprake van een premieachterstand van meer dan zes maanden.

4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?

- 4.1 Uiterlijk 10 werkdagen nadat wij hebben geconstateerd dat er een achterstand van twee maanden is in de betaling van de basisverzekering doen wij u (verzekeringnemer) een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling. De betalingsregeling houdt ten minste in:
- u (verzekeringnemer) machtigt ons toekomstige premies maandelijks automatisch te incasseren of iemand van wie u (verzekeringnemer) periodieke betalingen ontvangt krijgt de opdracht om namens u het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te

houden op de betaling aan u;

- afspraken over het afbetalen van uw schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering en de termijnen voor afbetaling;
- onze toezegging dat wij de basisverzekering niet tijdens de looptijd van de betalingsregeling zullen beëindigen of opschorten vanwege het bestaan van de schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering. Die toezegging vervalt als u (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht intrekt of de afspraken niet nakomt.

4.2 Als u (verzekeringnemer) de basisverzekering voor iemand anders hebt gesloten, omvat ons aanbod ook onze bereidheid om de opzegging van de basisverzekering van die ander te accepteren met ingang van de datum waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zichzelf uiterlijk op de dag waarop de betalingsregeling ingaat heeft verzekerd op grond van een andere zorgverzekering; en,
- als de verzekerde de zorgverzekering bij ons heeft gesloten (basisverzekering), deze ons een machtiging heeft gegeven tot maandelijks automatische incasso van toekomstige premies of een opdracht heeft gegeven aan iemand van wie de verzekerde periodieke betalingen ontvangt (bijvoorbeeld de werkgever), om namens de verzekerde het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan de verzekerde. In dat geval sturen wij een kopie van ons aanbod aan de verzekerde.

4.3 Tegelijk met het aanbod als bedoeld in 4.1 sturen wij u (verzekering-nemer) een brief, waarin staat dat u (verzekeringnemer) vier weken de tijd hebt om het aanbod te aanvaarden. Daarbij geven wij aan wat de gevolgen zijn als het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Ook wijzen wij u (verzekeringnemer) op de mogelijkheid van schuldhulpverlening.

4.4 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier of meer maandpremies, informeren wij u (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk over ons voornemen een melding te doen als bedoeld in 4.7 als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Wij doen de melding niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de mededeling de premieachterstand bij ons heeft betwist.

4.5 Als u (verzekerde/verzekeringnemer) de premieachterstand tijdig heeft betwist, maar wij bij ons standpunt blijven, melden wij u (verzekerde/verzekeringnemer) dat wij de melding als bedoeld in 4.7 zullen doen als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Deze melding doen wij niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van onze mededeling een geschil over de premieachterstand heeft voorgelegd aan de SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl, of aan de burgerlijke rechter.

4.6 Als de betalingsregeling ingaat als de premieachterstand, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier maandpremies, doen wij de mededeling als bedoeld in 4.7 niet, zolang de toekomstige premies worden voldaan.

4.7 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en u (verzekerde/verzekeringnemer). Daarbij vermelden wij de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van artikel 34a Zorgverzekeringswet door het CAK. Ook vermelden wij dat wij ons aan de procedure als bedoeld in 4.4 tot en met 4.7 hebben gehouden. De melding als bedoeld in de eerste zin van 4.7 doen wij niet:

- als de premieachterstand tijdig is betwist als bedoeld in 4.4, maar wij nog geen reactie hebben gegeven;
- gedurende de termijn van vier weken als bedoeld in 4.5;
- als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.5 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist;
- als u (verzekeringnemer) zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoonde dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden is gesloten;
- als uw adres niet in de BRP is opgenomen of uw adres in onze administratie niet overeenkomt met uw adres in de BRP. Dit geldt niet als de afwijking het gevolg is van de bijzondere situaties die zijn beschreven in artikel 1, derde opsommingstekens, van de Specifieke bepalingen voor de Basisverzekering.

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

- de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan;
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt;
- de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.7, punt vier, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste u (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

EIGEN RISICO

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico is opgenomen in de premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:

- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsencentrum;
- de kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg;
- de kosten van preventieve voetzorg;
- de kosten van ketenzorg (multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt);
- de kosten van zorg van verpleging en verzorging zonder verblijf;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- als u de donor bent, de kosten van nacontroles van u nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan u in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;
- als u de donor bent en de ontvanger van het transplantatiemateriaal heeft recht op (vergoeding van kosten van) de transplantatiezorg op grond van een zorgverzekering, de kosten van vervoer als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub i en sub j;
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. De door ons aangewezen geneesmiddelenzorg, hulpmiddelen en zorgaanbieders zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.
- de kosten van zorg aan u als u een door ons aangewezen programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, COPD, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken heeft gevolgd. De kosten moeten dan betrekking hebben op de aandoening waarvoor u dat programma heeft gevolgd. De door ons aangewezen programma's zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd op de wijze die de Zorgverzekeringswet voorschrijft. Uitgangspunt daarbij is de indexering van het minimumloon als bedoeld in artikel 8 lid 1 onderdeel a van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag. Het berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5,-.

6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?

U (verzekeringnemer) kunt voor verzekeerders van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, des te lager de premie. De te kiezen vrijwillig eigen risico's en de daarbij horende premies zijn opgenomen in de Premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden. Het gekozen vrijwillig eigen risico vermelden wij op de polis.

Als een verzekerde 18 jaar wordt en u (verzekeringnemer) heeft voordien niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico, dan berekenen wij de premie voor de basisverzekering van die verzekerde zonder vrijwillig eigen risico.

Niet onder het vrijwillig eigen risico vallen:

- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsencentrum;
- de kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg;
- de kosten van preventieve voetzorg;
- de kosten van ketenzorg (multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt);
- de kosten van zorg van verpleging en verzorging zonder verblijf;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- als u de donor bent, de kosten van nacontroles van u nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan u in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;
- als u de donor bent en de ontvanger van het transplantatiemateriaal heeft recht op (vergoeding van kosten van) de transplantatiezorg op grond van een zorgverzekering, de kosten van vervoer als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub i en sub j.
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. De door ons aangewezen geneesmiddelenzorg, hulpmiddelen en zorgaanbieders zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Wij kunnen een of meer van de door ons aangeboden vrijwillig te kiezen eigen risico's laten vervallen. Als u (verzekeringnemer) een basisverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico heeft gesloten, krijgt u (verzekeringnemer) de mogelijkheid om te kiezen voor een basisverzekering met een lager vrijwillig eigen risico of zonder vrijwillig eigen risico.

7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Per kalenderjaar blijven de kosten van de zorg voor uw rekening tot de hoogte van het verplicht en eventuele vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar is bereikt. Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor uw rekening blijven, tellen niet mee voor de vaststelling of de grens van het eigen risico is bereikt, tenzij de minister anders heeft bepaald.

Als wij aan een zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van de zorg hebben voldaan, zonder op die betaling het verplicht eigen risico of het eventuele vrijwillig eigen risico in mindering te brengen, moet u (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

Zorgkosten komen eerst ten laste van het verplicht eigen risico. Daarna komen de zorgkosten ten laste van het eventuele vrijwillig eigen risico.

Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, worden het verplicht eigen risico en eventuele vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) een basisverzekering met een vrijwillig eigen risico heeft gesloten en het bedrag van het vrijwillig eigen risico wijzigt in de loop van het kalenderjaar. Dan is de vaststelling van het uiteindelijke vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar als volgt: de hoogte van elk van de vrijwillig eigen risico's wordt vastgesteld naar rato van het aantal verzekerde dagen in dat jaar waarvoor dat vrijwillig eigen risico geldt. Deze vastgestelde eigen risico's worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal verzekerde dagen in dat kalenderjaar. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

VERZEKERINGSDEKKING ALGEMEEN

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

- vergoeding van kosten van de zorg en diensten (restitutie), die verderop in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering zijn beschreven;
- informatieverstrekking en bemiddeling door ons voor het verkrijgen van de zorg, als u ons daarom verzoekt. Dat kunt u doen via www.zorgdirect.nl/zorgadvies. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

U kunt gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorg-aanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. U kunt ook gebruik maken van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De hoogte van de maximale vergoeding is verderop in de verzekeringsvoorwaarden beschreven.

De inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van de zorg als u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of een wettelijke eigen bijdrage van toepassing is. Naast de wettelijke eigen bijdrage kan ook het verplicht en eventueel het vrijwillig eigen risico van toepassing zijn.

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van de zorg als u op grond van een wet of een wettelijke regeling recht heeft op die zorg of op vergoeding van kosten daarvan. Onder de wet en wettelijke regelingen vallen onder meer de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, gemeentelijke verordeningen inzake deze wetten en de Wet langdurige zorg.

Dit geldt ook als u geen gebruik wilt maken van het recht op de zorg of op vergoeding van kosten van de zorg op grond van die wet of wettelijke regeling.

DEKKING EN VERGOEDING IN NEDERLAND

10. Wat is de dekking in Nederland?

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg in Nederland als:

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor veel zorgvormen gelden naast algemene voorwaarden ook specifieke voorwaarden, zoals het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of schriftelijke toestemming van ons voordat u de zorg krijgt. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden vermeld in de hoofdstukken Algemene bepalingen en Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. De specifieke voorwaarden die gelden voor een bepaalde zorgvorm zijn per zorgvorm vermeld; en
- de zorgaanbieder die de zorg aan u verleent, door ons is aangewezen. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld welke zorgaanbieders dat zijn. Vaak gaat het om een groep zorgaanbieders met een bepaalde vergunning, registratie of opleiding. Soms gaat het om een specifieke zorgaanbieder.

U heeft alsnog recht op vergoeding van kosten van de zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen:

- als wij voordat u de zorg krijgt, daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven; of
- als een zorgaanbieder de zorg verleent onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar die wel door ons is aangewezen en de zorg wordt gedeclareerd door de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar of de instelling waarvoor de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar werkt. Per zorgvorm kunnen specifieke voorwaarden zijn opgenomen waaraan een medebehandelaar moet voldoen; en
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

11. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg door een zorgaanbieder in Nederland tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

DEKKING EN VERGOEDING IN HET BUITENLAND

12. Wat is de dekking in het buitenland?

U heeft recht op zorg in het buitenland als:

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor het recht op zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het recht op die zorg in Nederland. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden vermeld in de hoofdstukken Algemene bepalingen en Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. De specifieke voorwaarden die gelden voor een bepaalde zorgvorm zijn per zorgvorm vermeld; en
- u van ons schriftelijke toestemming hebt, voordat u de zorg krijgt in geval van zorg met een opname van minimaal één nacht. Dit geldt niet als sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Onder medisch noodzakelijke zorg verstaan wij hier onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland; en
- de zorgaanbieder die de zorg verleent, volgens het recht van het land waar de zorgaanbieder is gevestigd beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan kwalificaties die gelden voor de door ons aangewezen zorgaanbieders in Nederland. Zorgaanbieders in het buitenland hebben vaak een andere opleiding dan zorgaanbieders in Nederland. Kwalificaties die voldoen aan de erkende beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties worden geacht hieraan te voldoen.

Als u zorg nodig heeft in het buitenland, dan kunt u contact opnemen met onze alarmcentrale. Neem in elk geval contact op als sprake is van spoedeisende zorg. Onze alarmcentrale helpt u bij het zoeken van zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De contactgegevens van de alarmcentrale vindt u op onze servicepagina's, onder het kopje 'Contact'.

13. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- a. recht op vergoeding van kosten van de zorg tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief);
- b. recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land, als dat op u van toepassing is op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- recht op vergoeding van kosten van de zorg door de gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder zijn overeengekomen. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heeft u recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform Nederlands tarief;
- recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een land dat geen EU-, EER-land of Verdragsland is, heeft u voor zorg in dat land recht op de vergoeding van kosten tot maximaal het marktconform Nederlands tarief.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Voor het indienen van nota's voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 2 van de Algemene bepalingen. Zo moet de nota in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Pools, Spaans of Turks zijn opgesteld en een beschrijving van de verleende zorg bevatten. Als de nota in een andere taal is opgesteld, moet u ook een vertaling van de nota door een beëdigd vertaler bijvoegen. Zonder die vertaling kunnen wij besluiten om de nota niet in behandeling te nemen. Met een nota voor zorg in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend Declaratieformulier buitenland mee. Het Declaratieformulier buitenland kunt u downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe.

Omzetplafonds en volumeafspraken

14 Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken?

Wij maken afspraken met zorgaanbieders over de kosten van de zorg en de kwaliteit van de zorg. Regelmatig maken wij daarbij afspraken over de maximale vergoeding per jaar (omzetplafond). Wij maken in beginsel geen afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder moet leveren (volumeafpraak).

Wij doen ons uiterste best om ervoor te zorgen dat afspraken over een omzetplafond geen gevolgen voor u hebben. U kunt bij de zorgaanbieders terecht, ook als het omzetplafond is bereikt.

Helaas valt niet uit te sluiten dat er nooit gevolgen zijn. Mocht een zorgaanbieder u na het bereiken van het omzetplafond toch niet meer willen behandelen (voor de rest van het jaar)? Dan zullen wij u helpen bij het vinden van een andere zorgaanbieder die de zorg aan u kan verlenen.

In het uitzonderlijke geval dat er mogelijke gevolgen zijn, dan vermelden wij op onze website welke zorgaanbieders het betreft en wat de mogelijke gevolgen zijn. Deze informatie kunt u vinden via www.zorgdirect.nl

DEKING PER ZORGVORM

Huisartsenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van huisartsenzorg. Huisartsenzorg omvat zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Onder deze zorg valt niet een preventieve griepvaccinatie. Ook laboratoriumonderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts valt niet onder de zorg.

Waar moet u op letten?

Huisartsen mogen de zorg verlenen. De huisarts kan zelfstandig gevestigd zijn of werken in een huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost), een huisartsencentrum of een zorggroep.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor huisartsenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van huisartsenzorg tellen niet mee voor het verplicht en eventuele vrijwillig eigen risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel kosten van (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts.

Preventieve voetzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van preventieve voetzorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden, als u Diabetes Mellitus type I of II heeft. De preventieve voetzorg omvat het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen 1 tot en met 4, zoals beschreven in de 'Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2019'. Een individueel behandelplan bepaalt het daadwerkelijke aantal verrichtingen dat u ontvangt.

Bij de screening van voeten van mensen met diabetes wordt gebruik gemaakt van de Sims-classificatie om de risico's op de aantasting van de voet weer te geven. Op basis van de Sims classificatie en andere factoren is de voetzorg aan diabetici onderverdeeld in de zorgprofielen. Uw huisarts of podotherapeut stelt uw zorgprofiel vast. De preventieve voetzorg omvat:

- jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen en de behandeling van risicofactoren. U moet dan een matig verhoogd (Sims-Classificatie 1) of verhoogd risico (Sims-Classificatie 2 en 3) hebben op ontstekingen, vaatproblemen en verlies van gevoel in uw voeten;
- voorlichting en het stimuleren van aanpassing van uw leefstijl als onderdeel van de behandeling;
- advisering over geschikt schoeisel.

Onder preventieve voetzorg vallen niet louter verzorgende handelingen, zoals de verwijdering van eelt en het knippen van de teennagels om alleen cosmetische of verzorgende redenen.

Preventieve voetzorg kan deel uitmaken van ketenzorg. De voorwaarden voor het recht op ketenzorg zijn opgenomen in het artikel over ketenzorg. Preventieve voetzorg kan ook deel uitmaken van medisch specialistische zorg. De voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg zijn opgenomen in het artikel over medisch specialistische zorg (algemeen). U heeft geen recht op preventieve voetzorg op grond van dit artikel als u op grond van het artikel over ketenzorg of medisch specialistische zorg (algemeen) al preventieve voetzorg ontvangt.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

voor Sims-classificatie (zorgprofiel 1);

- een huisarts, die zelfstandig gevestigd is of werkt in een huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost) of een huisartsencentrum;
- een pedicure;
- een podotherapeut.

voor Sims classificatie 2 en 3 (zorgprofiel 2 tot en met 4):

- een huisarts, die zelfstandig gevestigd is of werkt in een huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost) of een huisartsencentrum;
- een podotherapeut.

Een pedicure mag de jaarlijkse voetcontrole voor Sims classificatie 1 (zorgprofiel 1) zelfstandig uitvoeren. Een pedicure mag zorg voor Sims classificatie 2 en 3 (zorgprofiel 2 en hoger) verlenen in opdracht van de podotherapeut. In dat geval is de podotherapeut de hoofdbehandelaar en brengt de podotherapeut de zorg in rekening.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist voor preventieve voetzorg door een pedicure of een podotherapeut. De verwijzing moet de vermelding van het type diabetes en uw zorgprofiel bevatten.

Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de zorg verleent, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota. Op de nota moet zijn vermeld welke zorg is verleend.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor preventieve voetzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van preventieve voetzorg tellen niet mee voor het verplicht en eventuele vrijwillig eigen risico.

Overige geneeskundige (huisartsen)zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg die grenst aan huisartsenzorg en waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld. De overige geneeskundige (huisartsen)zorg omvat:

- geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten;
- koemelkallergie-test.

Onder de overige geneeskundige (huisartsen)zorg valt niet de preventieve voetzorg. De dekking daarvan is op een andere plaats in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- voor geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten:
 - een gekwalificeerde en landelijk geregistreerde arts, waarvan de criteria zijn bepaald door de Registratie commissie Geneeskundige Specialisten (RGS) van de KNMG;
- voor koemelkallergie-test:
 - een zorgaanbieder die hiervoor door ons is gecontracteerd.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor overige geneeskundige (huisartsen)zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg tellen niet mee voor het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Wat is de dekking?

U heeft recht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. Deze zorg omvat (huisartsen)zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. De zorg kan omvatten diagnostiek, consulten, gericht overleg met uw behandelend arts en uitvoering van of regie op het behandelplan. Het gaat om zorg aan kwetsbare groepen die thuis wonen, zoals kwetsbare ouderen, mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van het zelfstandig functioneren, het voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.

U heeft geen recht op de zorg als u een Wlz-indicatie heeft of daarvoor in aanmerking komt.

Onder deze geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen valt niet:

- door andere beroepsgroepen, zoals gedragswetenschappers en paramedici, geleverde geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen;
- zorg die deel uitmaakt van andere zorgvormen zoals eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een specialist ouderengeneeskunde
- een arts verstandelijk gehandicapten.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen tellen mee voor het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico.

Medisch specialistische zorg (algemeen)

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg (algemeen). Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook:

- hulpmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- geneesmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- voorwaardelijk toegelaten medisch specialistische zorg die is opgenomen in de lijst Voorwaardelijk toegelaten zorg. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/voorwaardelijkezorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Plastische chirurgie (zorg van plastisch chirurgische aard) valt alleen onder de medisch specialistische zorg als deze is bedoeld ter correctie van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Onder de medisch specialistische zorg valt niet:

- de vierde of volgende ivf-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Een ivf-poging telt pas als poging als een follikelpunctie is geslaagd. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. In dit verband is een doorgaande zwangerschap:
 - een zwangerschap van tenminste tien weken, gerekend vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd;
 - als sprake is van het terugplaatsen van ingevroren bewaarde embryo(s), een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen,

gerekend vanaf het moment van implantatie van de ingevroren bewaarde embryo(s);

- een spontaan ontstane zwangerschap van 12 weken na de datum van de laatste menstruatie.

Een ivf-poging na een doorgaande zwangerschap telt als nieuwe, eerste poging, ook als die zwangerschap voortijdig is afgebroken;

- de eerste en tweede ivf-poging, als u jonger bent dan 38 jaar en er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, als u een vrouw van 43 jaar of ouder bent. Als het om een ivf-poging gaat die is gestart voordat u 43 jaar werd, heeft u recht op de afronding van die poging;
- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de besnijdenis van mannelijke verzekerden (circumcisie), anders dan medisch noodzakelijk;
- een buikwandcorrectie (abdominoplastiek), tenzij sprake is van een verminking of ernstige functiebeperking;
- behandeling van asymmetrische afplating van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplating centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van jonge kinderen met een redressiehelm zonder dat sprake is van vroegtijdig sluiten van de schedelnaad (cranosynostose);
- met ingang van 1 januari 2020: nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker;
- de geneesmiddelen als bedoeld in bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering, onder de daarin opgenomen voorwaarden. Het aantal geneesmiddelen en de voorwaarden kunnen tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij deze toe;
- laboratoriumonderzoek op verzoek van een alternatieve zorgaanbieder.

Onder de dekking van medisch specialistische zorg (algemeen) valt niet de zorg die medisch specialisten plegen te bieden en waarvan de dekking op een andere plaats in deze verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, zoals transplantatiezorg of revalidatiezorg.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis, een medisch specialist of kaakchirurg die buiten een ziekenhuis werkt en een zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, verloskundige, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, SEH-arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, sportarts, klinisch fysicus audioloog, bedrijfsarts of tandarts. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/toestemming. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij de aanvraag voor de zorg moet u een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek, het voorgestelde behandelplan (zorgactiviteit) en, indien van toepassing, toepasselijke foto's zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor medisch specialistische zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Second opinion

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van een second opinion. Een second opinion is diagnostiek door of een advies over te verlenen geneeskundige zorg van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder van de eerdere diagnostiek of het eerdere advies. De andere zorgaanbieder moet werkzaam zijn op hetzelfde vakgebied als de oorspronkelijke zorgaanbieder. U moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke zorgaanbieder, die de regie houdt over de behandeling.

Waar moet u op letten?

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts of behandelend arts.

De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Transplantatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van transplantatiezorg als hieronder genoemd onder a. en recht op vergoeding van kosten van transplantatiezorg als hieronder genoemd onder b. tot en met h. Transplantatiezorg omvat:

- a. transplantaties van weefsels en organen, als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-land. Als de transplantatie is verricht in een ander land dan een EU- of EER-land moet de donor in dat land wonen en uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u zijn;
- b. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- c. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- d. kosten van het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- e. kosten van de zorg die de donor krijgt gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Dit geldt alleen als de zorg verband houdt met die opname. In geval van een levertransplantatie geldt een termijn van een half jaar in plaats van dertien weken;
- f. kosten van het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel e. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan komt het vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- g. kosten van het vervoer van en naar Nederland, van een donor die in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan komt het vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- h. overige kosten voor de transplantatie als deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Hieronder vallen niet de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Als een ander op grond van een zorgverzekering recht heeft op (vergoeding van kosten van) transplantatiezorg en u bent de donor, dan heeft

u recht op vergoeding van kosten van:

- i. uw vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel e;
- j. uw vervoer van en naar Nederland, als u in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland.

Waar moet u op letten?

Een transplantatiecentrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een medisch specialist. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor transplantatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet in de volgende situaties:

- Als u de donor bent, komen kosten van de zorg aan u ten laste van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal als genoemd in deze bepaling onder 'Wat is de dekking', bij sub e. Is de daarin genoemde periode verstreken, dan komen de kosten van nacontroles van u ten laste van uw basisverzekering. Zij vallen dan niet onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.
- Als u de donor bent en de ontvanger van het transplantatiemateriaal heeft recht op (vergoeding van kosten van) de transplantatiezorg op grond van een zorgverzekering, dan vallen de kosten van vervoer als bedoeld onder i. en j. hierboven niet onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Revalidatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van revalidatiezorg. Revalidatiezorg omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De zorg moet u nodig hebben ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of gedrag. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verleent de zorg.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een revalidatiecentrum mogen de zorg verlenen. De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts (hoofdbehandelaar).

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts of specialist ouderengeneeskunde.

Voor revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandelend arts meesturen met de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en het voorgestelde behandelplan (zorgactiviteit).

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Geriatrische revalidatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatiezorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Het betreft zorg in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De zorg is gericht op het zodanig verminderen van de functionele beperkingen dat u kunt terugkeren naar de thuissituatie.

U heeft alleen recht op de zorg als:

- u bent opgenomen (er moet sprake zijn van verblijf) bij aanvang van de zorg; en
- de zorg binnen een week aansluit op uw opname in het ziekenhuis in verband met medisch specialistische zorg en de opname niet is voorafgegaan door verblijf in een verpleeghuis. Dit geldt niet als u een acute aandoening heeft en daardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaande aan de geriatrische revalidatiezorg medisch-specialistische zorg voor die acute aandoening heeft ontvangen.

De duur van de zorg bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis, een revalidatiecentrum en een instelling voor geriatrische revalidatiezorg mogen de zorg verlenen. De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde (hoofdbehandelaar).

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voor het recht op geriatrische revalidatiezorg voor een langere periode dan zes maanden moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de periode van zes maanden is afgelopen. Bij de aanvraag voor de zorg moet u de volgende gegevens meesturen: de reden dat terugkeer naar huis na de periode van zes maanden revalidatie nog niet mogelijk is en het behandelplan voor de verdere behandeling, inclusief de prognose voor het herstel en de terugkeer naar de thuissituatie en de verwachte duur van de verdere behandeling.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor geriatrische revalidatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Dialyse zonder opname

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van dialysezorg. Dialysezorg omvat niet-klinische bloeddialyse (haemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse). De dialysezorg mag plaatsvinden in een dialysecentrum of bij u thuis.

Als de dialysezorg thuis plaatsvindt, heeft u recht op vergoeding van kosten van:

- thuisdialyse-apparatuur met toebehoren;
- de regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse;

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van:

- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning die redelijk zijn en de kosten voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen;
- overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen.

Waar moet u op letten?

De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

U moet een verwijzing hebben van een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dialysezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Mechanische beademing

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van mechanische beademing. De mechanische beademing mag plaatsvinden in een beademingscentrum of bij u thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Als de mechanische beademing plaatsvindt in een beademingscentrum, valt onder deze zorg:

- de noodzakelijke mechanische beademing;
- de medisch specialistische zorg, de geneesmiddelenzorg en de verpleging en verzorging die met de mechanische beademing verband houden.

Als de mechanische beademing plaatsvindt bij u thuis, valt onder deze zorg:

- de medisch specialistische en geneesmiddelenzorg die met de mechanische beademing verband houden;
- de apparatuur voor de mechanische beademing. Deze wordt door het beademingscentrum voor elke behandeling aan u gebruiksklaar ter beschikking gesteld.

Waar moet u op letten?

Een beademingscentrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor mechanische beademing.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Onderzoek naar kanker bij kinderen

Wat is de dekking?

Verzekerden tot 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Waar moet u op letten?

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) mag de zorg verlenen.

De verzekerde moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist of arts verstandelijk gehandicapten.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor onderzoek naar kanker bij kinderen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Verzekerden tot 18 jaar hebben geen verplicht of vrijwillig eigen risico.

Trombosezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van trombosezorg. Trombosezorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij u;
- het verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor het bepalen van de stollingstijd van uw bloed door of onder de verantwoordelijkheid van een trombosedienst;
- het ter beschikking stellen aan u van apparatuur en toebehoren voor het meten van de stollingstijd van uw bloed;
- uw opleiding voor het meten van de stollingstijd van uw bloed en het gebruik van de apparatuur daarvoor en de begeleiding van u bij het meten;
- het advies aan u over de toepassing van geneesmiddelen voor het beïnvloeden van de bloedstolling.

Waar moet u op letten?

Een trombosedienst mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor trombosezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Erfelijkheidsadvisering

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van erfelijkheidsadvisering. Erfelijkheidsadvisering omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- het advies aan u over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen of een gebleken hogere kans daarop;
- de psychosociale begeleiding in verband met het advies over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen;
- het onderzoek bij andere personen dan uzelf als dat noodzakelijk is voor de advisering aan u. In dat geval kunnen ook de andere personen advies krijgen.

Waar moet u op letten?

Een centrum voor erfelijkheidsadvisering mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor erfelijkheidsadvisering.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Audiologische zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van audiologische zorg. Audiologische zorg omvat:

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

Waar moet u op letten?

Een audiologisch centrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor audiologische zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van zintuiglijk gehandicaptenzorg. U komt daarvoor in aanmerking als u een ernstige beperking heeft bij het zien of horen of ernstige spraak-/taalmoeilijkheden heeft. Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg die is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel om u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Multidisciplinaire zorg betekent dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of na elkaar.

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de beperking;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee uw zelfredzaamheid vergroten.

De zorg omvat ook de 'mede'behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen om u heen. Zij leren vaardigheden in uw belang. De 'mede'behandeling valt onder de dekking van uw zorgverzekering.

Beperking bij het zien

Voor het recht op de zorg in verband met een beperking bij het zien moet sprake zijn van:

- een gezichtsscherpte van < 0,3 aan het beste oog;
- een gezichtsveld < 30 graden, of;
- een gezichtsscherpte tussen 0,3 en 0,5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Beperking bij het horen

Voor het recht op de zorg in verband met een gehoorbeperking is sprake als:

- 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
- 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.

Spraak- en taalmoeilijkheden

Voor het recht op de zorg in verband met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden komt u in aanmerking als u maximaal 22 jaar oud bent. U moet ernstige problemen hebben met het aanleren van uw moedertaal door neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) moet ondergeschikt zijn aan de taalontwikkelingsstoornis.

Waar moet u op letten?

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg mag de zorg verlenen.

U moet een eerste verwijzing hebben van een medisch specialist of van een klinisch fysisch-audioloog. Een tweede of volgende verwijzing moet u hebben van een medisch specialist, klinisch fysisch-audioloog, jeugdarts of huisarts. Een tweede of volgende verwijzing is niet nodig als u een visuele beperking heeft en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- u heeft al eerder zintuiglijk gehandicaptenzorg voor uw visuele beperking ontvangen;
- er is sprake van een verandering in uw medische of persoonlijke situatie, waardoor u een nieuwe hulpvraag heeft;
- de zorgaanbieder die de zintuiglijk gehandicaptenzorg levert, stelt vast dat u een eenvoudige hulpvraag heeft, die beantwoord kan worden binnen een kort programma, het zogenoemde zorgprogramma 11.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voor een opname voor zintuiglijk gehandicaptenzorg voordat de opname is gestart. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) het behandelplan meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Verloskundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg. Verloskundige zorg omvat zorg die verloskundigen plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook prenatale screening. Prenatale screening omvat:

- counseling (uitleg over de prenatale screening naar aangeboren afwijkingen als u zwanger bent);
- de '20-wekenecho' (een structureel echoscopisch onderzoek (seo) in het tweede trimester van de zwangerschap);
- de combinatietest, als u daarvoor een medische indicatie heeft. De combinatietest bestaat uit de NT-meting (nekplooiemeting) en serumtest (bloedonderzoek);
- de NIPT, als u daarvoor een medische indicatie heeft. Van een medische indicatie is ook sprake als uit een combinatietest blijkt dat er een aanmerkelijke kans is op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau;
- invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie), als u daarvoor een medische indicatie hebt. Van een medische indicatie is ook sprake als uit een combinatietest of een NIPT blijkt dat er een aanmerkelijke kans is op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een verloskundige;
- een huisarts;
- een ziekenhuis;
- een geboortecentrum;
- een geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd;
- een echoscopisch centrum, alleen voor echoscopisch onderzoek.

Prenatale screening mag alleen worden verleend als de hiervoor genoemde zorgaanbieder:

- een vergunning heeft op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek; of
- een samenwerkingsafpraak heeft met een regionaal centrum dat beschikt over een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Voor verloskundige zorg in een ziekenhuis moet u een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist of verloskundige.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor het gebruik van een verloskamer in een ziekenhuis als u geen medische indicatie heeft, geldt een wettelijke eigen bijdrage. Voor de berekening van de wettelijke eigen bijdrage wordt het gebruik van de verloskamer geacht onder de kraamzorg te vallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verloskundige zorg tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg;
- kosten van de NIPT;
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer.

Kraamzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van kraamzorg. Kraamzorg omvat zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling. Onder de zorg valt alleen de zorg gedurende de eerste tien dagen vanaf de dag van de bevalling.

Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg stelt de zorgaanbieder vast in overleg met de verloskundige en met ons. Voor het bepalen van het aantal uren en dagen is het 'Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg' leidend. Het aantal uren en dagen is onder andere afhankelijk van de gezinssamenstelling en de aanwezigheid van mantelzorg. Het protocol kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/kraamzorg. Op verzoek zenden wij het toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een kraamverzorgende;
- een ziekenhuis;
- een geboortecentrum;
- een geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd.

Voor het krijgen van de kraamzorg moet u zich bij ons aanmelden. Als u zich aanmeldt voor de twintigste week van de zwangerschap, kunnen wij tijdig voldoende zorg regelen. De aanmelding kan telefonisch via onze klantenservice 088 687 74 74 en via het aanmeldformulier op www.zorgdirect.nl/zorgadvies.

Geldt er een wettelijke bijdrage?

Voor kraamzorg bij u thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,50 per uur.

Voor kraamzorg in een instelling geldt voor zowel de moeder als het kind een wettelijke eigen bijdrage van € 18,- per dag én het bedrag dat het tarief van de instelling per dag hoger is dan € 127,50. Dit geldt niet als u een medische indicatie heeft.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van kraamzorg tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie. Fysiotherapie omvat zorg die fysiotherapeuten plegen te bieden. Oefentherapie omvat zorg die oefentherapeuten plegen te bieden.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van kosten van:

- fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat in een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Het recht op vergoeding gaat in vanaf de 21e behandeling. Voor sommige aandoeningen in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft u recht op de zorg tot het einde van de maximale termijn;
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie tot maximaal de eerste negen behandelingen (eenmalig);
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen). U heeft in dat geval recht op maximaal zevenendertig behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van uw heup- of kniegewricht. U heeft in dat geval recht op maximaal de eerste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
- gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. U heeft in dat geval recht op:
 - als sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: maximaal de eerste vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - als sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: maximaal de eerste zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling en maximaal drie behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
 - als sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: maximaal de eerste zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling en maximaal tweeënvijftig behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van:

- fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat op een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Het recht gaat in vanaf de eerste behandeling. Voor sommige aandoeningen in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als de verzekerde fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft de verzekerde recht op de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- fysiotherapie of oefentherapie voor aandoeningen die niet in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie staan. De verzekerde heeft in die gevallen recht op maximaal de eerste negen behandelingen per kalenderjaar voor dezelfde aandoening. Als die behandelingen ontoereikend resultaat opleveren, heeft de verzekerde aansluitend recht op maximaal negen behandelingen extra voor dezelfde aandoening.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op kinderfysiotherapie.

De Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.zorgdirect.nl/fysiotherapie. Op verzoek sturen wij deze toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- algemene fysiotherapie: een fysiotherapeut;
- bekkenfysiotherapie: een bekkenfysiotherapeut;
- geriatrische fysiotherapie: een geriatriefysiotherapeut;
- kinderfysiotherapie: een kinderfysiotherapeut;
- littekenbehandeling: een fysiotherapeut en huidtherapeut;
- manuele fysiotherapie: een manueel therapeut;
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut;
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck);
- geriatrische oefentherapie: een geriatrie-oefentherapeut;
- kinderoefentherapie: een kinderoefentherapeut;
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifere arterieel vaatlijden (etalagebenen): een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ClaudicatioNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ClaudicatioNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson: een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een bedrijfsarts:

- voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie;
- voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut in verband met urine-incontinentie;
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen);
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van uw heup- of kniegewricht;
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie;
- voor zorg aan huis of in een instelling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De verwijzing moet een toelichting bevatten, waaruit duidelijk de behoefte aan die vorm van fysiotherapie of oefentherapie blijkt. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde aanbieder moet u met het indienen van de eerste nota ook een verklaring van uw zorgaanbieder meesturen. In die verklaring moet staan hoeveel fysiotherapie of oefentherapie voor dezelfde aandoening u al heeft ontvangen. Dit geldt niet als de verzekerde:

- jonger is dan 18 jaar;
- als het gaat om kosten voor bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- als het gaat om gesuperviseerde oefentherapie in verband met:
 - perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen);
 - artrose van uw heup- of kniegewricht;
 - COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor fysiotherapie en oefentherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Logopedie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van logopedie. Logopedie omvat de zorg die logopedisten plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder de zorg valt ook stottertherapie.

Onder de zorg valt niet:

- de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- de behandeling van een taalachterstand in de Nederlandse en/of een vreemde taal, in het geval van meertaligheid;
- de behandeling van dyslexie.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- Preverbale logopedie: een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Preverbale logopedie van de NVLF.
- Afasie-therapie: een logopedist die is ingeschreven in het register Afasie van de NVLF;
- Het Hanen-ouderprogramma PDMT (Praten Doe je Met z'n Tweeën): een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Hanen-ouderprogramma PDMT van de NVLF;
- het Hanen-ouderprogramma MDW (Meer Dan Woorden): een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Hanen-ouderprogramma MDW van de NVLF;
- Individuele stottertherapie: een logopedist of een stottertherapeut die is ingeschreven in het deelregister Stotteren van de NVLF.
- Integrale zorg stotteren: een logopedist of stottertherapeut die is ingeschreven in het deelregister integrale zorg stotteren van de NVLF;
- logopedie voor de ziekte van Parkinson: een logopedist die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze logopedisten zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige logopedie: een logopedist.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, orthopedagoog, specialist ouderengeneeskunde of jeugdarts. Dit geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor logopedie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Ergotherapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van ergotherapie tot een maximum van 10 behandeluren per kalenderjaar. Ergotherapie omvat de zorg die ergotherapeuten plegen te bieden. Ergotherapie heeft als doel om uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ergotherapie voor de ziekte van Parkinson: een ergotherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze ergotherapeuten zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige ergotherapie: een ergotherapeut.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde of een bedrijfsarts. Dit geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ergotherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Diëtetiek

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van diëtetiek tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar. Diëtetiek omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten en behandeling door dieettherapie gericht op het opheffen verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten, zoals diëtisten die plegen te bieden.

U heeft geen recht op diëtetiek als u deze zorg al ontvangt voor dezelfde aandoening in het kader van ketenzorg of in het kader van gecombineerde leefstijlinterventie.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- diëtetiek voor de ziekte van Parkinson: een diëtist die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze diëtisten zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige diëtetiek: een diëtist.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde. Dit geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor diëtetiek.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Ketenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van ketenzorg. Ketenzorg kan er zijn voor personen van 18 jaar en ouder met Diabetes Mellitus type 2, voor vasculair risicomanagement, voor COPD en astma.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een gecontracteerde zorggroep. Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74;
- een zorgaanbieder die is genoemd voor het verlenen van huisartsenzorg, preventieve voetzorg en diëtetiek, ieder voor het betreffende onderdeel van de ketenzorg. Daarbij geldt als voorwaarde dat sprake is van ketenzorg waarbij de zorgaanbieders 'los' gecontracteerd worden. De coördinatie en organisatie worden via een 'koptarief' bekostigd. Een gecontracteerde zorggroep mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ketenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel kosten van eventueel (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts.

Tandheelkundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op tandheelkundige zorg. Tandheelkundige zorg (mondzorg) omvat zorg die tandartsen plegen te bieden.

Alle leeftijden

U heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg als:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel heeft. De stoornis of afwijking moet zo ernstig

zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis of afwijking er niet was geweest.

In dat geval valt ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat onder de zorg, als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft en het implantaat nodig is om een uitneembare prothese te bevestigen.

U heeft geen recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als uw kaak al langere tijd tandeloos is en functionele klachten niet samenhangen met de ernstig geslonken kaak.

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. De aandoening moet zodanig zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.
- een medische behandeling zonder die tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op vergoeding van kosten van:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien noodzakelijk is;
- een incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal twee fluoride-behandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien wenselijk is;
- aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- behandeling van steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- plaatselijke verdoving (anesthesie);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische hulp);
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- behandeling van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort tevens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het klik-systeem).

Jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar en de zorg valt niet onder het kopje tandheelkundige zorg voor 'alle leeftijden', dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval. Hierbij geldt als voorwaarde dat de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat u 18 jaar bent geworden.

Waar moet u op letten?

Een tandarts al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde mag de zorg verlenen.

Een kaakchirurg mag chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard verlenen. Voor zorg door een kaakchirurg moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of orthodontist.

Voor zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of orthodontist. De tandarts of orthodontist die de verwijzing afgeeft, mag niet zijn verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, mogen ook aangemeten, gemaakt en geplaatst worden door een tandprotheticus. Als het gaat om het aanmeten, maken, passen en plaatsen door een tandprotheticus van uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen op tandheelkundige implantaten moet u een verwijzing hebben van een tandarts.

Een mondhygiënist mag alleen de volgende zorg verlenen:

- preventieve mondzorg (alle M-codes);
- eenvoudige parodontale hulp (T11, T12, T22, T31 t/m T33, T41 t/m T 43, T60, T61, T91 t/m T93, T96)
- plaatsing van eenvoudige vullingen (V30, V35, V40, V50, V71, V72, V81, V82, V91, V92);
- verdooving (A10 en A15).

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl.

Het opmeten, maken en plaatsen van een snurk- en slaapstoornisbeugel (Mandibulair Repositie Apparaat) mag alleen een tandarts of kaakchirurg verrichten met een registratie in het register van de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde (NVTs).

Voor een aantal vormen van tandheelkundige zorg moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Het gaat om de volgende zorg:

- gnathologische zorg als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- het maken van een kaakoverzichtsfoto als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- de derde of vierde fluoride-behandeling per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als u jonger bent dan 23 jaar;
- de zorg die is omschreven onder het kopje 'Alle leeftijden';
- behandelingen onder narcose;
- osteotomie en gecombineerde behandeling orthodontie en osteotomie;
- het maken en plaatsen van een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA; snurk- en slaapstoornisbeugel) en de diagnostiek en nazorg hiervoor door een kaakchirurg;
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als daarvoor verblijf noodzakelijk is;
- het maken, plaatsen, repareren of rebasen van een volledige tandheelkundige prothese voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten;
- zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage:

- voor zorg die valt onder het kopje 'Alle leeftijden', als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening had gebracht als er geen sprake was van recht op vergoeding van de kosten onder het kopje 'Alle leeftijden'. Dat betekent dat u feitelijk recht heeft op vergoeding van alleen de extra kosten die gemoeid zijn met die zorg;
- voor een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- of onderkaak, als u 18 jaar of ouder bent en de zorg valt niet onder het kopje 'Alle leeftijden'. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 25% van de kosten van die gebitsprothese. In afwijking hiervan geldt voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een wettelijke eigen bijdrage van:
 - a. 10% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de onderkaak;
 - b. 8% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de bovenkaak.
- voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige gebitsprothese. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 10% van de kosten van die reparatie of overzetting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is de dekking?

Orthodontie omvat zorg van orthodontische aard die tandartsen plegen te bieden. U heeft recht op vergoeding van kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaakmondstelsel heeft. De orthodontie moet noodzakelijk zijn voor het behouden of verkrijgen van een tandheelkundige functie, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis er niet was geweest. De stoornis of afwijking moet zodanig zijn, dat medediagnostiek of medebehandeling van andere vormen van zorg dan de tandheelkundige zorg (multidisciplinaire behandeling) noodzakelijk is.

Waar moet u op letten?

Orthodontisten, al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde, mogen de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een tandarts.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor orthodontie in bijzondere gevallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Geneesmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) omvat terhandstelling van:

- de volgende geregistreerde geneesmiddelen en voor zover deze door ons zijn aangewezen:
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 (maar niet in bijlage 2) van de Regeling zorgverzekering;
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat per geneesmiddel extra voorwaarden voor de levering van het geneesmiddel. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van deze geneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die voor het betreffende geneesmiddel zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;

In het Reglement Farmacie is opgenomen welke geregistreerde geneesmiddelen door ons zijn aangewezen. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Voorkeursbeleid

Binnen een aantal groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij een voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Heeft u recht op vergoeding van kosten van een voorkeursgeneesmiddel? Dan heeft u geen recht op vergoeding van kosten van een ander geneesmiddel, tenzij sprake is van een 'medische noodzaak' of een logistieke noodzaak.

Er is sprake van een medische noodzaak als het medisch gezien onverantwoord is dat u het voorkeursgeneesmiddel gebruikt. Uw voorschrijver mag alleen medische noodzaak op het recept vermelden als de voorschrijver die noodzaak kan onderbouwen. De apotheek controleert of sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel stemmen de apotheek en de voorschrijver de medische noodzaak af. Als de voorschrijver en de apotheek niet tot overeenstemming kunnen komen, dan gaat het standpunt van de voorschrijver voor.

Er is een logistieke noodzaak als het voorkeursgeneesmiddel langere tijd niet verkrijgbaar is in Nederland en er in de tussentijd geen ander voorkeursgeneesmiddel is aangewezen.

Is sprake van een medische noodzaak of een logistieke noodzaak? Dan kiest uw apotheek op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt.

De lijst met voorkeursgeneesmiddelen maakt onderdeel uit van het Reglement Farmacie. Wij kunnen de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op elk moment wijzigen. Wijzigingen maken wij bekend via www.zorgdirect.nl/klantenservice/voorwaarden. Wij noemen het aanwijzen van voorkeursgeneesmiddelen voorkeursbeleid.

Voor de andere aangewezen geneesmiddelen heeft u recht op vergoeding van kosten van het geneesmiddel volgens het beleid van de zogenoemde Laagste Prijs Garantie. In het Reglement Farmacie is opgenomen welke voorwaarden voor dat beleid gelden. Geeft uw voorschrijver door de aantekening 'medische noodzaak' op het recept aan dat het volgens dat beleid aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is? Dan controleert de apotheek of sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel stemmen de apotheek en de voorschrijver de medische noodzaak af. Als de voorschrijver en de apotheek niet tot overeenstemming kunnen komen, dan gaat het standpunt van de voorschrijver voor. Heeft u recht op vergoeding van kosten van een ander geregistreerd geneesmiddel? Dan kiest uw apotheek op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt.

- apotheekbereidingen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan:
 - een geregistreerd UR-geneesmiddel waarover blijktens bijlage 1 of bijlage 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit over aanwijzing in het verzekerde pakket is opgenomen;
 - een in bijlage 3 A van de Regeling zorgverzekering niet-aangewezen, geregistreerd UR-geneesmiddel;
- de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:
 - apotheekbereidingen;
 - geneesmiddelen die, na vooraf verkregen toestemming door het Staatstoezicht op de volksgezondheid, en overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels worden afgeleverd naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die onder zijn toezicht bestemd zijn voor gebruik door u, als:

- deze geneesmiddelen in Nederland zijn bereid door een fabrikant met een vergunning voor het bereiden van geneesmiddelen op grond van de Geneesmiddelenwet en zijn bereid volgens de specificaties van die arts; of
- deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht, als u aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort.
- geneesmiddelen waarvoor door het College ter beoordeling van geneesmiddelen om volksgezondheidsredenen een handelsvergunning is verleend als die geneesmiddelen niet in Nederland zijn de handel zijn, maar wel in een ander EU-land, als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort.
- de volgende dieetpreparaten:
 - dieetpreparaten als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen dieetpreparaten als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:
 - laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag leeg te maken en kunststranen als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze zelfzorggeneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
 - maagzuurremmers als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze maagzuurremmers als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Onder de geneesmiddelenzorg valt ook het advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

Onder geneesmiddelenzorg vallen niet:

- geneesmiddelen om het krijgen van een ziekte tijdens reizen te voorkomen;
- geneesmiddelen voor onderzoek (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet);
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering;
- geneesmiddelen waarmee nog klinische proeven worden gedaan en die beschikbaar worden gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet);
- geneesmiddelen die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze geneesmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij deze toe.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?

Wij verstrekken geneesmiddelen niet in onbeperkte hoeveelheden. Per terhandstelling heeft u recht op de geneesmiddelen voor een periode van maximaal:

- twaalf maanden, als het gaat om de anticonceptiepil (orale anticonceptiva);
- drie maanden, als u een chronische aandoening heeft en u het geneesmiddel al minimaal zes maanden gebruikt. In afwijking hiervan geldt voor de terhandstelling van benzodiazepinen, hypnotica en anxiolytica een periode van maximaal één maand. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, bepaalt of sprake is van een chronische aandoening;
- één kuur of één maand, als het gaat om antibiotica of chemotherapie ter bestrijding van acute aandoeningen;
- 15 dagen of de kleinste afleververpakking voor een geneesmiddel dat nieuw is voor u;
- één maand in alle andere gevallen.

Waar moet u op letten?

Apothekers en apotheekhoudende huisartsen mogen de zorg verlenen.

Dieetpreparaten mogen ook worden geleverd door leveranciers van dieetpreparaten.

U moet een voorschrift (recept) hebben. Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat een arts (waaronder ook een huisarts, een medisch specialist, een arts verstandelijk gehandicapten, een sportarts, een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundig specialist en SEH-arts), een orthodontist, een tandarts, een verloskundige en een physician assistant het voorschrift mogen afgeven. Hierbij geldt de voorwaarde dat het voorgeschreven geneesmiddel verband houdt met de zorg die de voorschrijver pleegt te bieden.

Voor de geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aparte regels. De zorgaanbieders die het voorschrift voor deze geneesmiddelen mogen afgeven, zijn per geneesmiddel genoemd in het Reglement Farmacie. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Toestemming of apotheekinstructie

Voor het recht op vergoeding van kosten van sommige geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Voor het recht op vergoeding van kosten van andere geneesmiddelen die in bijlage 2 zijn opgenomen, geldt dat de apotheker of de apothekhoudende huisarts op grond van een artsenverklaring of apotheekinstructie het recht op het geneesmiddel moet vaststellen.

In het Reglement Farmacie zijn deze voorwaarden per geneesmiddel opgenomen. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Toestemming voor doorgeleverde bereidingen

Doorgeleverde bereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die in één apotheek worden gemaakt (apothekbereidingen) en die worden doorgeleverd aan een andere apotheek. Voor het recht op bepaalde, door ons aangewezen doorgeleverde bereidingen moet u schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De doorgeleverde bereidingen waarvoor toestemming is vereist, staan in het 'Overzicht doorgeleverde bereidingen'. Dit overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe. Bij de aanvraag voor toestemming moet u meesturen een kopie van het recept en een rapportage van de behandelend arts waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en het voorgestelde behandelplan zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Er geldt ook een wettelijke eigen bijdrage als een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

In de jaren 2020 en 2021 is de hoogte van uw wettelijke eigen bijdrage maximaal € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt de wettelijke eigen bijdrage voor uw basisverzekering in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Van het verplicht eigen risico zijn vrijgesteld anticonceptiva als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en de terhandstelling daarvan en medicatiebeoordeling, zoals opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Van het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn vrijgesteld de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. De terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een voorkeursgeneesmiddel en een inhalatie-instructie vallen wel onder het verplicht en, indien van toepassing, het vrijwillig eigen risico.

Verblijf

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf en de daarbij horende verpleging, verzorging of paramedische zorg. Verblijf omvat een opname gedurende een onafgebroken periode van maximaal 1095 dagen (drie jaar). Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg (algemeen), plastische chirurgie, revalidatiezorg, geriatrische revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, zintuiglijk gehandicaptenzorg, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz, erfelijkheidsadviesing of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Een onderbreking van de opname van maximaal dertig dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen echter niet mee voor de berekening van de 1095 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

De zorg omvat niet:

- verblijf dat u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- verblijf in verband met het tijdelijk overnemen van de zorg om een mantelzorger te ontlasten (respijtzorg);
- eerstelijnsverblijf. De dekking hiervan is opgenomen in een apart artikel.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf bieden:

- ziekenhuis, als u medisch specialistische zorg, revalidatiezorg, geriatrische revalidatiezorg, transplantatiezorg, mechanische beademing, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard krijgt;
- een revalidatiecentrum, als u revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg krijgt;

- een psychiatrisch ziekenhuis, als u gespecialiseerde ggz krijgt;
- een beademingscentrum, als u mechanische beademing krijgt;
- een centrum voor erfelijkheidsadviesing, voor erfelijkheidsadviesing aan u;
- een instelling voor geriatrische revalidatiezorg;
- een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

U moet voorafgaand aan het verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om een opname voor:

- plastische chirurgie;
- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard;
- revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- zintuiglijk gehandicaptenzorg;
- gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- gespecialiseerde ggz voor het tweede jaar aaneengesloten verblijf en voor het derde jaar aaneengesloten verblijf. Bij de aanvraag moet u telkens (een kopie van) de landelijke checklist LGGZ meesturen. De landelijke checklist LGGZ kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/ggz. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij de aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor verblijf zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Eerstelijnsverblijf

Wat is de dekking?

U heeft recht op eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Daarbij is sprake van 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging, al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor het verblijf. Het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie op korte termijn of heeft betrekking op palliatief terminale zorg.

De zorg omvat niet:

- verblijf als bedoeld in het aparte artikel voor verblijf in deze verzekeringsvoorwaarden;
- verblijf in verband met het tijdelijk overnemen van de zorg om een mantelzorger te ontlasten (respitzorg);
- verblijf dat u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- verblijf voor verzekerden op grond van een Wlz-indicatie.

Waar moet u op letten?

Een instelling voor eerstelijnsverblijf mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts.

U moet voorafgaande aan het (verlengde) verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om:

- verblijf in een instelling die geen contract met ons heeft;
- verblijf dat langer dan drie maanden duurt en geen verblijf voor palliatieve zorg betreft.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico

Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de overige zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een verpleegkundige met diploma MBO-Verpleegkunde;
- een verzorgende (IG, C of D) met diploma op MBO-niveau 3;
- een helpende met diploma Helpende Zorg en Welzijn op MBO niveau-2.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe. Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. Het Reglement pgb wijkverpleging kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/wijkverpleging. Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening .

Ambulancevervoer

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van ambulancevervoer. Ambulancevervoer omvat ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de Wlz komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet u op letten?

Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

U moet een voorschrift hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

U moet in twee gevallen schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Het gaat om deze situaties:

- vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer;
- vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance.

Toestemming is niet verplicht als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Bij de aanvraag voor het vervoer moet u een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de motivatie voor de aanvraag zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Zittend ziekenvervoer

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer. Zittend ziekenvervoer omvat vervoer met de (eigen) auto of taxi, anders dan per ambulance, of vervoer met openbaar vervoer over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de Wlz komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a tot en met c of een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

Daarbij geldt als voorwaarde dat sprake is van een van de volgende redenen:

- u moet nierdialyses ondergaan; ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder;
- u moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan; ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder;
- u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- u ziet zo slecht dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- de verzekerde is jonger dan achttien jaar en is aangewezen op intensieve kindzorg;
- u bent aangewezen op geriatrische revalidatierzorg.

De vergoeding van zittend ziekenvervoer met de (eigen) auto bedraagt € 0,32 per kilometer. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op internet (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner) door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming. Vergoeding per openbaar vervoer geldt alleen voor de laagste klasse van het openbaarvervoermiddel.

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

Zittend ziekenvervoer omvat ook vervoer in andere gevallen, dan hiervoor beschreven, als u in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en voor consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden van dat vervoer voor u bijzonder onredelijk is. Aan de hand van verschillende gegevens bepalen wij of u alsnog recht heeft op vergoeding van het vervoer. Wij gebruiken hierbij de volgende formule: (het aantal weken dat de behandeling duurt) x (het aantal keren dat het vervoer per week nodig is voor de behandeling) x (de enkele reisafstand in kilometers voor het vervoer naar de zorgaanbieder) x 0,25. Als de uitkomst van deze berekening 250 of hoger is, heeft u recht op vergoeding.

Zittend ziekenvervoer omvat ook het vervoer van een begeleider. De begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of het moet gaan om begeleiding van een verzekerde die jonger dan 16 jaar is. In bijzondere gevallen kunnen wij schriftelijke toestemming geven voor vervoer van twee begeleiders.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan per auto of het openbaar vervoer kan ook onder het zittend ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per auto of het openbaar vervoer niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het zittend ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Kosten van overnachtingen

U heeft recht op vergoeding van kosten van logeren in plaats van (een vergoeding van kosten van) zittend ziekenvervoer:

- als u recht heeft op zittend ziekenvervoer; en
- dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- het logeren doelmatiger en minder belastend is voor u dan het dagelijks op en neer reizen van huis naar de behandellocatie.

U heeft dan recht op vervoer voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van kosten van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De vergoeding voor de kosten van overnachtingen bedraagt maximaal € 75,- per nacht. U regelt uw overnachting zelf.

Waar moet u op letten?

Voor het vervoer kunt u gebruik maken van een auto van uzelf of van iemand anders. Verder mag u gebruik maken van een taxibedrijf of openbaar vervoerbedrijf.

U moet een voorschrift hebben van een huisarts of een medisch specialist.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaats vindt. U moet ook voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons hebben voor vergoeding van kosten van overnachtingen. Bij de aanvraag voor het vervoer of de overnachtingen moet u de reden van de aanvraag en het voorschrift meesturen. Het aanvraagformulier voor zittend ziekenvervoer kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/service-contact/formulieren. Op uw verzoek zenden wij het formulier toe.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 103,- per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering 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;
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- 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 Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- voor de kosten van logeren.

De wettelijke eigen bijdrage geldt ook voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie als u gebruik maakt van een overnachting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Basis ggz

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van basis ggz. Basis ggz omvat diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek, zoals klinisch psychologen plegen te bieden. Een psychiater kan geen

regiebehandelaar zijn in de basis ggz.

De zorg is verdeeld in de volgende zorgproducten:

- Generalistische Basis ggz Kort;
- Generalistische Basis ggz Middel;
- Generalistische Basis ggz Intensief;
- Generalistische Basis ggz Chronisch;
- Onvolledig behandeltraject.

De zorgproducten kunnen bestaan uit verschillende onderdelen, zoals: intake, diagnostiek, behandeling middels individuele gesprekken, groepsessies of internetbehandeling, effectmetingen, verslaglegging en consultatie.

Onder de basis ggz valt niet:

- de zorg die u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de basis ggz verlenen:

- een gezondheidszorgpsycholoog;
- een klinisch psycholoog;
- een klinisch neuropsycholoog;
- een psychotherapeut;
- een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz.

Overgangsregeling

Als u in het jaar 2020 18 jaar wordt en u ontvangt op dat moment zorg van een orthopedagoog of een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag dat u 18 jaar bent geworden.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of jeugdarts. De voorwaarde geldt niet als er sprake is van:

- onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld;
- vervolgbehandeling die aansluit op onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld;
- behandeling die aansluit op zorg vanuit een justitieel traject;
- doorverwijzing voor dezelfde problematiek vanuit de gespecialiseerde ggz naar de basis ggz;
- vervolgbehandeling voor dezelfde problematiek, middels een 'Generalistische Basis GGZ Chronisch' bij dezelfde zorgaanbieder;
- als u 18 jaar bent geworden, doorbehandeling bij dezelfde zorgaanbieder;
- als u 18 jaar bent geworden, doorbehandeling door een regiebehandelaar voor volwassenen na overdracht door een orthopedagoog of kinder- en jeugdpsycholoog NIP;
- behandeling langer dan een half jaar.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor basis ggz.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Gespecialiseerde ggz

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde ggz. Gespecialiseerde ggz omvat diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden.

Onder de gespecialiseerde ggz valt niet:

- de zorg die u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een

- stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Via www.zorgdirect.nl/ggz vindt u meer informatie over welke behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op verzoek sturen wij een overzicht toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de gespecialiseerde ggz verlenen:

- een klinisch psycholoog;
- een klinisch neuropsycholoog;
- een psychiater;
- een psychotherapeut;
- een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een gezondheidszorgpsycholoog werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz.

Daarbij geldt als voorwaarde dat de zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut, dat is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden van Zorginstituut Nederland.

Overgangsregeling

Als u in het jaar 2020 18 jaar wordt en u ontvangt op dat moment zorg van een orthopedagoog of een kinder- en jeugdpsycholoog NIP, dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag dat u 18 jaar bent geworden.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of jeugdarts. De voorwaarde geldt niet als er sprake is van:

- onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld;
- vervolgbehandeling die aansluit op onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld;
- behandeling die aansluit op zorg vanuit een justitieel traject;
- doorverwijzing voor dezelfde problematiek vanuit de basis ggz naar de gespecialiseerde ggz;
- vervolgbehandeling voor dezelfde problematiek bij dezelfde zorgaanbieder;
- behandeling na een diagnosewijziging bij dezelfde zorgaanbieder;
- als u 18 jaar bent geworden, doorbehandeling bij dezelfde zorgaanbieder;
- als u 18 jaar bent geworden, doorbehandeling door een regiebehandelaar voor volwassenen na overdracht door een orthopedagoog of kinder- en jeugdpsycholoog NIP;
- behandeling langer dan een half jaar.

Voor vergoeding van kosten van gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in combinatie met verblijf moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor verblijf zijn opgenomen.

Voor gespecialiseerde ggz in combinatie met verblijf moet u voor het tweede aaneengesloten jaar en het derde aaneengesloten jaar verblijf telkens schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) de landelijke checklist LGGZ meesturen. De landelijke checklist LGGZ kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/ggz. Op verzoek zenden wij deze toe.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Hulpmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Hulpmiddelenzorg omvat de functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. De omvang van de zorg is nader bepaald in dit reglement. In dit reglement is verder opgenomen of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt. Ook verdere voorwaarden voor het recht op de zorg en het gebruik van de hulpmiddelen zijn opgenomen in het reglement.

Het Reglement Hulpmiddelen kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/hulpmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Onder de hulpmiddelenzorg vallen niet:

- hulpmiddelen en verbandmiddelen die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze hulpmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg. In geval van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie vallen de hulpmiddelen en de noodzakelijke toebehoren (behorend bij de hoofdunit) ook onder de medisch specialistische zorg. In deze situatie vallen de verbandmiddelen wel onder de hulpmiddelenzorg;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop u recht heeft op grond van de Wlz, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA);
- de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen zoals energieverbruik en batterijen, tenzij dat in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

Waar moet u op letten?

In beginsel moet u gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

U kunt kiezen voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het Reglement Hulpmiddelen staat welke zorgaanbieders de zorg in dat geval mogen verlenen.

Voor het krijgen van vergoeding van kosten van hulpmiddelenzorg moet u een voorschrift hebben. In het Reglement Hulpmiddelen is per categorie hulpmiddelen opgenomen welke zorgaanbieder het voorschrift mag afgeven.

In het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen in welke gevallen u schriftelijke toestemming van ons moet hebben voordat u de zorg krijgt en aan welke voorwaarden de aanvraag moet voldoen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze is opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke maximale vergoeding. Onder de wettelijke eigen bijdrage vallen ook de kosten die uitkomen boven die wettelijke maximale vergoeding en daarom voor uw rekening blijven.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet voor hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt, met uitzondering van de bij die hulpmiddelen behorende verbruiksartikelen of gebruikskosten.

Stoppen met roken

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van het volgen van een stoppen-met-roken-programma. De zorg omvat een programma van geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen gericht op gedragsverandering met als doel stoppen met roken. U heeft alleen recht op geneesmiddelen die verband houden met stoppen met roken als die deel uitmaken van het programma. De zorg is beperkt tot het volgen van één programma per kalenderjaar.

Begeleiding bij stoppen met roken, anders dan via het stoppen-met-roken-programma, kan ook onderdeel zijn van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of basis ggz. Voor het recht op begeleiding bij stoppen met roken gelden in dat geval de voorwaarden voor het recht op die vormen van zorg. Die voorwaarden staan genoemd in de artikelen voor die zorg, te weten: huisartsenzorg, medisch specialistische zorg (algemeen), verloskundige zorg en basis ggz.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een huisarts die het stoppen-met-rokenprogramma biedt;
- een zorgaanbieder die:
 - is geregistreerd in het Kwaliteitsregister stoppen met roken; én
 - het programma (de interventie) aanbiedt waarmee hij/zij geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister stoppen met roken. De aangeboden interventie moet voldoen aan de Zorgstandaard tabaksverslaving 2019. Het register kunt u raadplegen via www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl;
- een door ons gecontracteerde zorgaanbieder voor stoppen met roken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Begeleiding bij het stoppen met roken als onderdeel van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of basis ggz mogen de zorgaanbieders verlenen die zijn aangewezen in de artikelen voor die vormen van zorg.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor stoppen met roken.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. De kosten tellen daarom niet mee voor het verplicht eigen risico. De kosten tellen wel mee voor het eventuele vrijwillig eigen risico.

Voor begeleiding bij het stoppen met roken als onderdeel van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg, ketenzorg of basis ggz gelden de bepalingen rond het eigen risico voor die vormen van zorg.

Gecombineerde leefstijlinterventie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, als u minimaal een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas. Een gecombineerde leefstijlinterventie omvat een combinatie van interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Een gecombineerde leefstijlinterventie wordt in de vorm van een zorgprogramma aangeboden. Het zorgprogramma kan individueel en in groepsverband worden aangeboden en maakt onderscheid in een behandel fase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden.

Zorgprogramma's die als gecombineerde leefstijlinterventie in het register Loket Gezond Leven van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn opgenomen en zijn erkend met minimaal de kwalificatie 'eerste aanwijzing voor effectiviteit', komen voor vergoeding in aanmerking.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- zorgaanbieder, die minimaal voldoet aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach en als leefstijlcoach staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
- fysiotherapeut, die minimaal voldoet aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach en die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van een relevante beroepsvereniging;
- oefentherapeut, die minimaal voldoet aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach en die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- diëtist, die minimaal voldoet aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach en die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een door ons gecontracteerde zorggroep.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op voorwaardelijk toegelaten zorg en diensten die bij ministeriële regeling (artikel 2.2 Regeling zorgverzekering) zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

De voorwaardelijk toegelaten zorg is opgenomen in de lijst Voorwaardelijk toegelaten zorg. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/voorwaardelijkzorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Als dure en weesgeneesmiddelen of andere vormen van zorg voorwaardelijk worden toegelaten, gelden voor het recht op die zorg de daarbij in betreffende ministeriële regeling opgenomen voorwaarden.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet als de zorg onderdeel is van de zorg die is genoemd in artikel 5 en 6 van de specifieke bepalingen van de basisverzekering.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN SLIM, START, EXTRA, PLUS, TOP

VOORWAARDEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERING

Op de aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus en Top zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in dit hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus, Top;
- de lijst met begrippen;
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

AANVULLENDE VERZEKERING SLUITEN EN STOPZETTEN

1. Wanneer kunt u een aanvullende verzekering sluiten?

Voor het sluiten van een aanvullende verzekering gelden de volgende acceptatievoorwaarden:

- u (verzekeringnemer) kunt alleen een aanvullende verzekering sluiten als de persoon die u (verzekeringnemer) wilt verzekeren op het moment van ingaan van de aanvullende verzekering ook een basisverzekering heeft;
- u mag maximaal één aanvullende verzekering (niet zijnde een tandartsverzekering) en maximaal één tandartsverzekering hebben;
- u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Eno Zorgverzekeraar N.V. of Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.;
- Als u (verzekeringnemer) voor uw minderjarige kind(eren) een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde aanvullende verzekering als de ouder/verzorger met de aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) met de hoogste premiegrondslag waarvoor u (verzekeringnemer) ook een aanvullende verzekering sluit of eerder heeft gesloten en die nog niet is geëindigd;
- Als u (verzekeringnemer) voor uw minderjarige kind(eren) een tandartsverzekering sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde tandartsverzekering als de ouder/verzorger met de tandartsverzekering met de hoogste premiegrondslag waarvoor u (verzekeringnemer) ook een tandartsverzekering sluit of eerder heeft gesloten en die nog niet is geëindigd.

Wij kunnen het sluiten van een aanvullende verzekering weigeren om een andere reden.

2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?

Als u (verzekeringnemer) de aanvraag voor de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering voor dezelfde persoon doet, gaat deze aanvullende verzekering in op de dag waarop de basisverzekering voor die persoon ingaat.

In alle andere gevallen gaat de aanvullende verzekering in op 1 januari van het volgende jaar.

Als u (verzekeringnemer) een aanvraag tot het sluiten van een aanvullende verzekering voor iemand anders doet, gaan wij ervan uit dat u (verzekeringnemer) ons daarmee een volmacht hebt gegeven voor het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering van die persoon bij de vorige zorgverzekeraar. Als u (verzekeringnemer) dit niet wilt, moet u (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

3. Hoe kunt u de aanvullende verzekering wijzigen?

U (verzekeringnemer) kunt ons vragen om de aanvullende verzekering van een verzekerde te wijzigen in een andere aanvullende verzekering. Een wijziging van een aanvullende verzekering is alleen mogelijk per 1 januari van het volgende jaar.

U (verzekeringnemer) moet het verzoek via Mijn ZorgDirect, via www.zorgdirect.nl/wijzigen, schriftelijk of per e-mail (info@zorgdirect.nl) doen. Een mondeling verzoek geldt niet.

Voor de wijziging van de aanvullende verzekering en tandartsverzekering gelden verder dezelfde voorwaarden als voor het sluiten van de aanvullende verzekering. Dit betekent dat de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van uw minderjarige kind(eren) automatisch wijzigt als de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van de ouder/verzorgers die door u (verzekeringnemer) zijn verzekerd wijzigt.

PREMIE

4. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?

U (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hoeft voor een verzekerde geen premie te betalen voor een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk tandartsverzekering tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden, mits tenminste een ouder/verzorger een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk tandartsverzekering heeft met dezelfde premiegrondslag;
- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen tijdens de periode dat de dekking van de aanvullende verzekering is opgeschort wegens detentie van u.

VERZEKERINGSDEKKING ALGEMEEN

5. Wanneer heeft u recht op vergoeding?

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg als:

- u aan alle door ons gestelde voorwaarden heeft voldaan;
- u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

U heeft geen recht op een hogere vergoeding van de kosten van de zorg, dan de werkelijk betaalde kosten voor die zorg.

U mag de zorg alleen krijgen van een zorgaanbieder die door ons is aangewezen. Wie de zorg mag verlenen, is per zorgvorm aangegeven. U heeft alsnog recht op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen, als wij daar voorafgaand aan de zorgverlening toestemming voor hebben gegeven.

Voor sommige vormen van zorg hanteren wij een maximumtarief per zitting of behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De maximumtarieven gelden niet voor zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden via www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. Als ons contract met een zorgaanbieder eindigt in de periode dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt, blijft u voor het vervolg van de behandelingenreeks recht houden op vergoeding alsof de zorgaanbieder nog wel door ons gecontracteerd is.

Als u voor de zorg btw moet betalen, geldt de vergoeding ook voor die kosten.

SPECIFIEKE BEPERKINGEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN

6. Wanneer geldt er een wachttijd?

Het is mogelijk dat voor het recht op vergoeding of het recht op de zorg een wachttijd geldt. Gedurende die periode bent u wel verzekerd, maar kunt u nog geen aanspraak maken op de dekking. Als er een wachttijd geldt, dan is die wachttijd in het artikel over de betreffende zorgvorm vermeld.

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- die is verleend in het buitenland, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder het verplicht eigen risico of het vrijwillig eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder de wettelijke eigen bijdrage, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die zijn veroorzaakt door uw eigen grove schuld of opzet van u;
- die zijn ontstaan tijdens uw deelname aan een misdrijf;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van wedstrijd sport in het buitenland;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een ongevoefde niet zonder bezwaar, beoefenbaar of begaanbaar zijn;
- wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- van opsporing, redding en berging.

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg, als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden. Daarvoor geldt wel als voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Het bepaalde in de vorige drie zinnen is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet iemand anders voor de geleden schade aansprakelijk is.

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- als u op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht hebt op vergoeding van kosten van die zorg;
- als u op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de aanvullende verzekering.

10. Telt een eerdere vergoeding mee als u een andere aanvullende verzekering sluit?

Als u aan het begin of in de loop van het jaar op grond van een andere aanvullende verzekering verzekerd raakt, dan:

- telt de vergoeding of de zorg die u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering (van Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.) mee voor het bepalen van het recht op de vergoeding of de zorg op grond van de nieuwe aanvullende verzekering;
- telt het aantal behandelingen dat u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering (van Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.) mee voor het bepalen van het recht op het aantal behandelingen op grond van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Dit geldt ook als de maximale vergoeding of het aantal behandelingen of de periode waarbinnen u recht heeft op een bepaalde vergoeding in de nieuwe aanvullende verzekering verschilt ten opzichte van de vorige aanvullende verzekering.

DEKKING EN VERGOEDING PER ZORGVORM

Brillen en lenzen

	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
Recht op bril	-	-	1 bril per 2 kalenderjaren bij Specsavers	1 bril per kalenderjaar bij Specsavers
Kosten van brillen of lenzen	-	-	maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren	maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren

Wat is de dekking?

U heeft recht op een van de twee mogelijkheden (niet allebei):

- een complete bril op sterkte uit het speciale aanbod daarvoor bij Specsavers (enkelvoudig of varifocaal);
- of
- vergoeding van kosten van:
 - brilglazen en lenzen op sterkte;
 - een montuur, als dat tegelijk met de glazen wordt aangeschaft.

Waar moet u op letten?

Optiekbedrijven met een gediplomeerde opticien/contactlensspecialist mogen de brillen en lenzen leveren.

Voor Specsavers geldt een speciale regeling: de bril op sterkte uit het speciale aanbod betreft een bril uit de €79,- collectie van Specsavers. Kijk voor verkoopadressen van Specsavers op www.zorgdirect.nl. Op onze website vindt u de link naar een overzicht van de vestigingen van Specsavers.

Op de nota die u indient, moet duidelijk de sterkte van de brilglazen of lenzen staan.

FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Fysiotherapie en oefentherapie

SLIM	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
9 zittingen per kalenderjaar	6 zittingen per kalenderjaar	9 zittingen per kalenderjaar	15 zittingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 zittingen manuele therapie	25 zittingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 zittingen manuele therapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van:

- algemene fysiotherapie;
- manuele therapie;

- oefentherapie Cesar en Mensendieck;
- littekenbehandeling;
- psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie;
- geriatrische fysiotherapie;
- geriatrische oefentherapie;
- bekkenfysiotherapie;
- bekkenoefentherapie;
- oedeemtherapie en lymfedrainage;
- kindersfysiotherapie en kinderoefentherapie.

De vergoeding geldt voor de verschillende therapieën gezamenlijk.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op kindersfysiotherapie.

U heeft recht op vergoeding van zittingen in het buitenland. Voor zittingen in het buitenland gelden de tarieven voor niet-

gecontracteerde zorg. De tarievenlijst met maximumvergoedingen kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/tarieven. Als de tarieven van de zorg in het buitenland hoger zijn dan onze maximumtarieven, is het verschil voor uw eigen rekening.

Niet elke behandeling telt als één zitting. Een zitting wordt als volgt berekend:

- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| • telefonische zitting (en verslag) | ½ zitting |
| • screening (en verslag) | ½ zitting |
| • intake en onderzoek na screening | ½ zitting |
| • groepszitting 3-10 personen | ½ zitting |
| • overige | 1 zitting |

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- algemene fysiotherapie: een fysiotherapeut;
- bekkenfysiotherapie: een bekkenfysiotherapeut;
- geriatrische fysiotherapie: een geriatrisefysiotherapeut;
- kindersfysiotherapie: een kindersfysiotherapeut;
- littekenbehandeling: een fysiotherapeut en huidtherapeut;
- manuele fysiotherapie: een manueel therapeut;
- psychosomatische fysiotherapie: een psychosomatisch fysiotherapeut;
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut;
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck);
- bekkenoefentherapie: een bekkenoefentherapeut;
- geriatrische oefentherapie: een geriatrische oefentherapeut;
- psychosomatische oefentherapie: een psychosomatische oefentherapeut;
- kinderoefentherapie: een kinderoefentherapeut.
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden (etalagebenen): een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ClaudicatioNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ClaudicatioNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson: een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, een medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een bedrijfsarts:

- voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst Aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. De Lijst Aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.zorgdirect.nl/fysiotherapie. Op verzoek sturen wij deze toe;
- voor zorg aan huis of in een instelling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De verwijzing moet een toelichting bevatten, waaruit duidelijk de behoefte aan die vorm van fysiotherapie of oefentherapie blijkt. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Beweegprogramma

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	1 beweegprogramma per kalenderjaar	1 beweegprogramma per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een beweegprogramma als u tot een bepaalde doelgroep behoort. Een beweegprogramma richt zich op het ontwikkelen van een gezonde en actieve leefstijl. Het programma wordt vastgesteld aan de hand van uw persoonlijke situatie. Het is een intensief programma waar u gemotiveerd aan moet beginnen met eigen inzet en verantwoordelijkheid voor uw gezondheid. Fysiofitness valt niet onder het beweegprogramma.

Een beweegprogramma vindt in groepsverband plaats en duurt drie maanden. U begint met een intakegesprek met uw zorgaanbieder. De zorgaanbieder bepaalt of u in aanmerking komt voor het beweegprogramma. De zorgaanbieder neemt een aantal testen bij u af. De testen laten zien wat uw beperkingen zijn en wat kan worden verbeterd. Daarmee kan uw zorgaanbieder met u het beweegprogramma op maat samenstellen. U krijgt een persoonlijk trainingsschema met advies mee om zelf te gaan sporten en bewegen. Na afloop van het beweegprogramma neemt uw zorgaanbieder opnieuw testen af en krijgt u een definitief beweegadvies mee.

Doelgroepen

U heeft alleen recht op vergoeding als u tot een van de volgende doelgroepen behoort:

- de verzekerde is jonger dan 18 jaar en
 - heeft een chronische en/of langdurige aandoening;
 - heeft obesitas met een BMI van >30 (ook als het beweegprogramma onderdeel is van een preventief programma);
- u bent 18 jaar of ouder en
 - heeft diabetes mellitus type II;
 - heeft een coronaire hartziekte;
 - heeft COPD – gold I, II of III;
 - heeft artrose van de heup en/of de knie;
 - bent ouder dan 55 jaar en hebt osteoporose;
 - heeft chronische aspecifieke lage rugklachten, die minimaal drie keer per jaar terugkomen;
 - heeft reuma (reumatoïde artritis);
 - heeft obesitas met een BMI > 30;
 - heeft kanker.

Waar moet u op letten?

Alleen een door ons gecontracteerde zorgaanbieder mag de zorg verlenen. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts.

Bij aanvang van het beweegprogramma moet u aan uw zorgaanbieder een eigen bijdrage betalen van € 30,-. Aan het eind van het door u voltooide programma krijgt u deze eigen bijdrage terug in de vorm van korting op fysiofitness bij dezelfde zorgaanbieder.

Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 40,- per behandeldag tot maximaal € 350,- per kalenderjaar	maximaal € 40,- per behandeldag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Alternatieve geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die zijn opgenomen in de G standaard van Z-index. Voor informatie over de vergoeding van een geneesmiddel kunt u bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Alternatieve geneeswijzen

U heeft recht op vergoeding van de volgende alternatieve geneeswijzen:

- acupunctuur;
- antroposofie;
- chiropractie;
- gestalttherapie;
- haptotherapie;
- (klassieke) homeopathie;
- orthomanele geneeskunde;

- natuurgeneeswijzen;
- neurofeedback;
- osteopathie.

Let op: de zorgaanbieder moet voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2020'.

Waar moet u op letten?

Alternatieve geneesmiddelen

Een apotheek en apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen leveren.

Voor vergoeding van alternatieve geneesmiddelen moet u een recept hebben van een alternatieve zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2020' of van een arts.

Alternatieve geneeswijzen

Zorgaanbieders die voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2020' mogen de alternatieve geneeswijzen verlenen. De actuele lijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/alternatievegeneeswijzen. Op verzoek zenden wij de lijst toe. In de lijst staat bij welke beroepsvereniging en koepelvereniging de zorgaanbieder moet zijn aangesloten of waarvan de zorgaanbieder lid moet zijn en in welk register de zorgaanbieder ingeschreven moet zijn.

Op de nota moet de beroepsvereniging zijn vermeld waarbij de zorgaanbieder is aangesloten of waarvan de zorgaanbieder lid is. De nota moet ook een overzicht bevatten van de behandelingen per dag.

Geneesmiddelenzorg

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	maximaal € 150,- per kalenderjaar	maximaal € 300,- per kalenderjaar	maximaal € 450,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor geneesmiddelenzorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de geneesmiddelen en de wettelijke eigen bijdrage gezamenlijk.

Let op: het eigen risico van de basisverzekering vergoeden wij niet.

Wettelijke eigen bijdrage

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van geneesmiddelenzorg als het gebruik van de geneesmiddelen minimaal drie maanden achter elkaar medisch noodzakelijk is.

Maagzuurremmers

U heeft recht op vergoeding van maagzuurremmers, inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten die zijn opgenomen in de G-standaard van Z-index. U heeft geen recht op vergoeding van maagzuurremmers die vallen onder de dekking van de basisverzekering. Voor informatie over de vergoeding van een maagzuurremmer kunt u bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Overige geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van overige geregistreerde geneesmiddelen. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- het gebruik is minimaal drie maanden achter elkaar medisch noodzakelijk en;
- er bestaat geen geschikt alternatief geneesmiddel voor vergoeding vanuit de basisverzekering en;
- het is geen zelfzorggeneesmiddel en geen alternatief geneesmiddel als bedoeld in deze verzekeringsvoorwaarden en;
- Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas van het Zorginstituut is sprake van een indicatie die past bij de aandoening waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven. Het Farmacotherapeutisch Kompas van het Zorginstituut is te raadplegen via www.farmacotherapeutischkompas.nl.

Waar moet u op letten?

Een gecontracteerde apotheker en gecontracteerde apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen verstrekken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Voor maagzuurremmers en overige geregistreerde geneesmiddelen heeft u een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

Voor vergoeding van overige geregistreerde geneesmiddelen heeft u schriftelijke toestemming vooraf van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u (een kopie van) het recept meesturen.

GEZINSPLANNING

Kraampakket

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	ja	ja

Wat is de dekking?

U heeft recht op een kraampakket, als u ten minste 24 weken zwanger bent. Het kraampakket bestaat uit:

- onderleggers;
- kraammatrassen;
- een steriele navelklem;
- gaaskompressen;
- kraamverband;
- een flesje alcohol;
- verbandwatten;
- wondkompressen.

Waar moet u op letten?

U moet het kraampakket tijdig bij ons aanvragen. Dat kan telefonisch bij onze klantenservice via 088 687 74 74 en via het aanmeldformulier op www.zorgdirect.nl/zorgadvies. Het kraampakket wordt bezorgd vanaf de 34e week van de zwangerschap

Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	60%	60%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis of een geboortecentrum.

Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	60%	60%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.

Begeleiding bij borstvoeding

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per bevalling	maximaal € 150,- per bevalling

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van individueel advies en begeleiding bij het geven van borstvoeding.

Waar moet u op letten?

Een lactatiekundige IBCLC die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) mag het advies en de begeleiding geven.

TENS bij bevalling

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de huur van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) en toebehoren voor pijnvermindering bij bevalling. U mag zelf bepalen waar u de TENS huurt.

Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per zwangerschap	maximaal € 100,- per zwangerschap

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van cursussen voor zwangerschap en bevalling en van moederbegeleiding, zoals zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga, zwangerschapsmassage, het Moeder Fit programma of een doula.

Waar moet u op letten?

Een professionele aanbieder mag de zwangerschapscursussen of moederbegeleiding geven. De doula moet lid zijn van de Nederlandse Beroepsvereniging van doula's.

Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 100,- per kalenderjaar	100%	100%

Wat is de dekking?

Als u 21 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen:

- de anticonceptiepil;
- de prikpil;
- het spiraal;
- de hormonale anticonceptiepleister;
- de hormoonring;
- het anticonceptiestaaftje;
- de Femcap;
- siliconenkapje.

De kosten van de terhandstelling vallen onder deze dekking. De kosten van het inbrengen van deze middelen vallen hier niet onder.

Per voorschrift vergoeden wij de anticonceptiepil voor een periode van maximaal 12 maanden.

Als u op grond van de basisverzekering recht heeft op een anticonceptiemiddel, dan heeft u geen recht op vergoeding van een anticonceptiemiddel op grond van de aanvullende verzekering. Als u op grond van de basisverzekering recht heeft op een specifiek anticonceptiemiddel (voorkeursgeneesmiddel), dan heeft u geen recht op vergoeding van kosten van een ander anticonceptiemiddel op grond van uw aanvullende verzekering.

Waar moet u op letten?

Een apotheker en apotheekhoudende huisarts mogen de anticonceptiemiddelen verstrekken.

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

Combinatietest

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een combinatietest als u 36 jaar of ouder bent. Een combinatietest houdt in een nekplooiemeting en bloedonderzoek en wordt gebruikt om de kans op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau te bepalen. Het recht op vergoeding geldt alleen als u geen medische indicatie heeft voor het laten verrichten van de combinatietest.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een verloskundige;
- een huisarts;
- een ziekenhuis;
- een echoscopisch centrum.

Daarbij geldt als voorwaarde dat de hiervoor genoemde zorgaanbieder:

- een vergunning heeft op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek; of
- een samenwerkingsafpraak heeft met een regionaal centrum dat beschikt over een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Sterilisatie

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: maximaal € 500,- voor de totale behandeling

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van sterilisatie.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis en een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. Ook huisartsen waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt, mogen de zorg verlenen. Huisartsen waarmee wij algemene afspraken voor huisartsenzorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

SPECIALISTISCHE ZORG

MammaPrint

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een MammaPrint. De MammaPrint is een onderzoek dat uitsluitsel kan geven over hoe agressief een borsttumor is. Uw medisch specialist kan mede hierdoor bepalen of chemotherapie na het verwijderen van een tumor nodig is.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis mag de zorg verlenen.

Voor vergoeding van een MammaPrint moet u een voorschrift hebben van een medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken dat uw medisch specialist vindt dat de MammaPrint in uw situatie een meerwaarde biedt ten opzichte van de huidige behandelrichtlijnen. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

PREVENTIE

Stoppen met roken

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per 3 kalenderjaren	maximaal € 200,- per 3 kalenderjaren

Wat is de dekking?

U heeft één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een Allen Carr cursus of een laserbehandeling van Prostop.

Waar moet u op letten?

De behandeling moet worden gegeven door een aanbieder van de Allen Carr cursus of door Prostop.

Sportmedisch advies

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 125,- per kalenderjaar	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van sportmedisch onderzoek en (sportblessure)consulten. Wij vergoeden onder Sportmedisch advies geen keuringen, zoals een rijbewijs-, vliegers-, ballonvaarders-, en duikerskeuring.

Waar moet u op letten?

Een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) mag de zorg verlenen. Op de nota moet zijn vermeld dat de instelling is aangesloten bij de FSMI.

Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	100%. 1 keer per 3 kalenderjaren

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van één gezondheidsonderzoek per drie kalenderjaren. Het onderzoek omvat:

- een bloedonderzoek op glucose;
- een bloedonderzoek op volledig lipidenbeeld (= uitgesplitst cholesterol);
- een bloeddrukmeting;
- een longfunctiemeting;
- de bepaling van uw BMI (Body Mass Index)

Zorgaanbieder

Een healthconsulent van Care for human mag de zorg verlenen. De adressen van Care for human-consulenten vindt u via www.careforhuman.nl.

Gezondheids cursussen

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 150,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezondheids cursussen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de gezondheids cursussen gezamenlijk.

Algemene gezondheids cursussen

U heeft recht op vergoeding van een gezondheids cursus als de cursus voor uzelf is of om een naaste te ondersteunen en het moet speciaal gericht zijn op het helpen voorkomen van ziekte of om leefgewoonten te verbeteren of om functieverlies of -beperking te voorkomen.

Welke cursussen komen hiervoor in aanmerking? Een aantal voorbeelden:

- EHBO en reanimatie. De cursus mag geen werkrelatie hebben, dus geen opleiding voor BHV;
- Kinder EHBO; cursus voor ongevallen met kinderen thuis;
- Voorbij alcohol; cursussen en trainingen om alcoholgebruik tegen te gaan;
- Gezond en Fit; internetcursus van de NTI;
- Dementie de Baas; cursus voor mantelzorger en verzorgde met dementie;
- PEPP; cursus voor mantelzorger en verzorgde met Parkinson.

Welke cursussen komen niet in aanmerking? Hieronder vindt u een aantal voorbeelden:

- vrijetijdsbesteding zoals sporttrainingen, yoga, tai chi en meditatie;
- boeken die een cursus ondersteunen.

Waar moet u op letten?

Een professionele aanbieder van gezondheids cursussen mag de cursus geven, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, reumavereniging, diabetesvereniging of de Nederlandse Hartstichting.

U moet een kopie van het diploma of certificaat van deelname meesturen met de nota.

Hulpmiddelen

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar	maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor hulpmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Heupprotectoren

U heeft recht op vergoeding van heupprotectoren. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Hoorapparaten

U heeft recht op vergoeding van kosten van de wettelijke eigen bijdrage van hoorapparaten en (tinnitus)maskeerders.

Plaswekker

U heeft recht op vergoeding van aanschaf of huur van een plaswekker. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Pruiken

U heeft recht op vergoeding van kosten van een pruik die voor uw rekening blijven na de wettelijke maximale vergoeding vanuit de basisverzekering. Voorwaarde is dat u de pruik heeft gekocht bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Waar moet u op letten?

Een leverancier van hulpmiddelen mag de hulpmiddelen leveren.

VERBLIJF

Hospice

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van verblijf in een hospice voor kortdurende opvang van terminale patiënten in een specifiek daarvoor ingerichte omgeving tot maximaal twee maanden per kalenderjaar.

Waar moet u op letten?

Een 'Bijna Thuis Huis', een zelfstandig hospice of een hospice-unit van een verpleeghuis en een ziekenhuis mogen het verblijf bieden.

Kuuroord

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 700,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 1.200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van verblijf en de gevolgde kuren in een kuuroord tot maximaal 21 dagen per kalenderjaar. Als voorwaarde voor vergoeding geldt dat u moet lijden aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew of een ernstige vorm van artritis psoriatica. De vergoeding geldt alleen voor kosten van de overnachtingen en de kuren.

De vergoeding geldt niet voor:

- het vervoer van, naar en tijdens het verblijf;
- eten en drinken tijdens de reis en het verblijf;
- alle overige kosten.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf en de zorg verlenen:

- in Nederland:
 - Fontana Nieuweschans en Thermaalbad Arcen;
- in het buitenland:
 - Slowakije: Piestany;
 - Oostenrijk: Bad Hofgastein;
 - Duitsland: Bad Bentheim, Bad Pyrmont, Drilburg (Caspar Heinrich kliniek);
 - als het verblijf is georganiseerd door één van de bij de Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) aangesloten organisaties;
- een ander kuuroord na schriftelijke toestemming vooraf van ons.

U moet een verwijzing hebben van uw reumatoloog of huisarts na diagnosebevestiging door de reumatoloog.

Voor vergoeding van het verblijf en de kuren heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat het verblijf en de zorg starten. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Therapeutisch vakantiecamp

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van een therapeutisch vakantiecamp als u jonger bent dan 18 jaar. Het kamp moet speciaal gericht zijn op kinderen met een ziekte, aandoening of handicap. Het kamp moet zijn georganiseerd door:

- Stichting De Ster (Ster- en Maankampen);
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

VERVOER EN ZIEKENBEZOEK

Ziekenvervoer

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer vanaf uw woonadres naar de plaats waar u zorg krijgt in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Als voorwaarde geldt dat het medisch gezien niet verantwoord is dat u zelf met eigen vervoermiddel reist naar de plaats van de behandeling. U bent dan aangewezen op het openbaar vervoer. Alleen als het reizen per openbaar vervoer voor u ook niet medisch verantwoord is, heeft recht op vergoeding van vervoer per taxi of met een particuliere auto. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner).

U heeft recht op vergoeding van één begeleider als de begeleiding medisch noodzakelijk is.

Binnen de maximale vergoeding per kalenderjaar vergoeden wij:

- de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer;
- de kosten van openbaar vervoer met de laagste klasse;
- de kosten van vervoer met een door ons gecontracteerde taxivervoerder;
- € 0,70 per kilometer voor vervoer door een niet-gecontracteerde taxivervoerder;
- € 0,30 per kilometer voor vervoer met een particuliere auto.

Waar moet u op letten?

U moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken welke manier van reizen voor u medisch gezien niet verantwoord is. Een kopie van het voorschrift en de afsprakenkaart moet u meezenden bij het indienen van de nota.

Voor vergoeding van vervoer van een begeleider heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat het vervoer plaatsvindt. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u (een kopie van) de verwijzing en een toelichting van de verwijzer op de noodzaak van de begeleiding meesturen.

Reiskosten bij ziekenbezoek

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	€ 0,30 per kilometer tot maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer voor maximaal drie ziekenbezoeken per week door een gezinslid dat op hetzelfde adres als u woont en bij ons is verzekerd. Het recht op vergoeding gaat in met ingang van de 15de dag dat u aaneengesloten voor behandeling bent opgenomen in een ziekenhuis in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die (gedeeltelijk) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis moet minimaal 40 kilometer zijn. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner).

Logeerhuis

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van verblijf in een logeerhuis van een of meer bezoekende gezinsleden. Het gezinslid moet op hetzelfde adres als u wonen en bij ons verzekerd zijn. Er moet sprake zijn van verblijf in een logeerhuis, omdat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De maximale vergoeding geldt voor het totaal aantal bezoekende gezinsleden dat verblijft in het logeerhuis.

Het logeerhuis moet zijn verbonden aan het ziekenhuis. Als er geen logeerhuis in de buurt is of er is geen plaats beschikbaar, dan heeft u recht op vergoeding van verblijf in een pension.

Een voorbeeld van een logeerhuis is een Ronald McDonald Huis.

Waar moet u op letten?

Bij het indienen van de nota moet u een bewijs van opname meesturen.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van kinderopvang vanaf de 11e dag dat u aaneengesloten voor zorg bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor een periode van maximaal drie maanden. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Uw kinderen moeten jonger zijn dan 12 jaar en ook bij ons verzekerd zijn.

De vergoeding geldt alleen voor kinderopvang in verband met uw opname. De vergoeding geldt niet voor het aantal uren kinderopvang dat normaal al was geregeld los van de ziekenhuisopname.

Waar moet u op letten?

Alleen kindercentra en gastouderbureaus die zijn opgenomen in het landelijk register kinderopvang (www.landelijkregisterkinderopvang.nl) mogen de opvang bieden.

UITERLIJKE VERZORGING

Voetverzorging

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 125,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor voetverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Podotherapie, podologie

U heeft recht op vergoeding van podotherapie en podologie.

Steunzolen

U heeft recht op vergoeding van steunzolen.

Pedicurebehandeling

U heeft recht op vergoeding van pedicurebehandeling als u last heeft van:

- reumatoïde artritis (een vorm van reuma) waarbij de voeten zijn aangedaan; of
- een verminderd gevoel in de voeten (perifere neuropathie), dat niet is veroorzaakt door diabetes.

Waar moet u op letten?

- Een podotherapeut mag de podotherapie verlenen.
- Een podoloog en een podoposturaaltherapeut mogen podologie verlenen.
- Een pedicure mag de pedicurebehandeling verlenen.

De steunzolen moet u aanschaffen bij een podotherapeut, een registerpodoloog, podoposturaal therapeut of een leverancier van hulpmiddelen die is aangesloten bij de Nederlands e vereniging orthopedische schoentechnici (NVOS) en is erkend door de Stichting Erkenningregeling leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH). Voor een pedicurebehandeling heeft u een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Een kopie van de verwijzing moet u meesturen bij het indienen van de eerste nota.

Gezichtsverzorging

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 300,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 400,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezichtsverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Acnebehandeling

U heeft recht op vergoeding van acnebehandeling bij ernstige vormen van acne in uw gezicht of hals.

Litteken- en huidvlekkenbehandeling

U heeft recht op vergoeding van litteken- en huidvlekkenbehandeling bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van uw gezicht of hals.

Ontharing

U heeft recht op vergoeding van ontharing als u last heeft van een extreme vorm van overbeharing van uw gezicht of hals.

Waar moet u op letten?

Een huidtherapeut mag alle zorg verlenen.

Een schoonheidsspecialiste in bezit van het 'kernlidmaatschap' van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) mag alleen de volgende zorg verlenen:

- acnebehandeling, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'Acne';
- camouflagetherapie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'camouflage' of 'permanente make-up';
- elektrische epilatie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'elektrisch ontharen'.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Voor vergoeding van de zorg gedurende meerdere jaren, heeft u elk jaar een nieuwe verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Voor vergoeding van gezichtsverzorging heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u (een kopie van) de verwijzing en foto's van uw gezicht en hals meesturen.

Ooglasering

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen voor de gehele verzekerde periode

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van ooglaserbehandeling.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Lensimplantaties

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen voor de gehele verzekerde periode

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van lensimplantaties. Dit geldt niet voor lensimplantaties die voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking komen.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Spataderbehandeling

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van behandeling van spataderen (flebologie). Dit geldt niet voor de behandeling die voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking komt.

Waar moet u op letten?

Een medisch specialist die werkt als fleboloog mag de spatader-behandeling verlenen.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Oorstandcorrectie

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: € 1.250,- voor de totale behandeling van beide oren samen

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een correctie van de oorstand als u jonger bent dan 18 jaar.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis en een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum waarmee wij speciaal voor het verrichten van oorstandcorrecties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

BUITENLAND

Alarmcentrale

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op hulp en advies van de alarmcentrale als u zorg nodig heeft tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Onze alarmcentrale coördineert de zorg en kan u een ziekenhuis of andere zorgaanbieder wijzen. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg.

Waar moet u op letten?

U moet binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale.

Het telefoonnummer van onze alarmcentrale is +31 (0)570 687 443. Het e-mailadres van onze alarmcentrale is alarmcentrale@zorgdirect.nl.

Vaccinaties

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen, inentingen en de daarvoor nodige consulten om het krijgen van een ziekte in het buitenland te voorkomen. U heeft alleen recht op vergoeding van vaccinaties en geneesmiddelen als deze nodig zijn volgens het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR). Uw zorgaanbieder moet de medische noodzaak hebben vastgesteld op basis van uw persoonlijke situatie.

Waar moet u op letten?

Een huisarts of een vaccinatiebureau dat voldoet aan de kwaliteitseisen zoals het LCR, de GGD, Meditel, Thuisvaccinatie.nl en Travel Health Clinics, mogen de zorg verlenen. Adressen kunt u vinden via www.lcr.nl/adressen.

Apothekers en apotheekhoudende huisartsen mogen de stoffen voor vaccinaties en geneesmiddelen leveren op basis van een recept. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het recept meesturen.

Spoedeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overledene

SLIM	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland (geen dekking in rest van de wereld)	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland (geen dekking in rest van de wereld)	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland (geen dekking in rest van de wereld)	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland. In de rest van de wereld maximaal € 20.000,- per kalenderjaar	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland. In de rest van de wereld maximaal € 20.000,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Als u tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland spoedeisende zorg nodig heeft of als vervoer naar Nederland medisch noodzakelijk is of als u komt te overlijden, bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Spoedeisende zorg

U heeft recht op vergoeding van spoedeisende zorg. Het moet gaan om zorg die valt onder de dekking van de basisverzekering, maar die niet volledig vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Er is sprake van spoedeisende zorg als het naar ons oordeel gaat om onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot uw terugkeer in Nederland.

Medisch noodzakelijke terugreis

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. Er is sprake van een medische noodzaak als naar ons oordeel de zorg ter plaatse niet goed mogelijk of medisch onverantwoord is of veel duurder is dan in Nederland. U bent verplicht om mee te werken aan het vervoer als wij dat noodzakelijk vinden en uw toestand dat toelaat.

Vervoer stoffelijk overschot

Uw nabestaanden hebben recht op vergoeding van vervoer van uw stoffelijk overschot vanaf de plaats van overlijden naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van het transport zelf en de kosten van extra diensten die vereist zijn voor het transport.

Waar moet u op letten?

U of, in geval van overlijden, uw nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale. De alarmcentrale coördineert de zorg.

Overige zorg

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Onder de noemer Overige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden

U heeft recht op vergoeding van vrijwilligershulp voor nachtelijke thuiszorg voor stervenden voor een periode van maximaal één maand. Vrijwilligers van een organisatie die is aangesloten bij de vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland) mogen de zorg verlenen.

Medische rijbewijskeuring

U heeft recht op vergoeding van een verplichte medische keuring voor de vernieuwing van uw rijbewijs. Een arts mag de keuring verrichten.

Therapeutisch zwemmen

U heeft recht op vergoeding van zwemmen in extra verwarmd water als u de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis (een vorm van reuma) of spierreuma (polymyalgia rheumatica) heeft. U moet gebruik maken van een speciaal voor dat doel extra verwarmd zwembad. Voor vergoeding van therapeutisch zwemmen heeft u een voorschrift nodig van uw huisarts of medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering

U heeft recht op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering en de daarbij horende aansluitkosten. Een leverancier van hulpmiddelen mag de zorg verlenen.

Zorg voor vrouwen

U heeft recht op de vergoeding van een adviesgesprek met een consulent van Care for Women. Bijvoorbeeld als u:

- hormonale klachten heeft;
- maandelijks buikkrampen voorafgaand aan de menstruatie heeft;
- vragen heeft over de anticonceptiepil;
- moeite heeft met zwanger worden;
- klachten over opvliegers of stemmingswisselingen tijdens de overgang heeft;
- last heeft van urineverlies;
- al maandenlang slecht slaapt;
- geconfronteerd wordt met borstkanker.

Een consulent van Care for Women mag de zorg leveren. De consulenten zijn te vinden op www.careforwomen.nl. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Seksuologie

U heeft recht op vergoeding van zorg die seksuologisch hulpverleners plegen te bieden. Een seksuologisch hulpverlener die is geregistreerd in het register van de Nederlandse Vereniging van Seksuologen (NVVS) mag de zorg verlenen.

Mantelzorgmakelaar

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	80% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 350,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de inzet van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar kan regeltaken overnemen van mantelzorgers, zodat zij minder worden belast. U kunt een mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent.

De kosten van de inzet van de mantelzorgmakelaar kunnen niet door de mantelzorger én door degene die de mantelzorg krijgt, worden gedeclareerd.

Waar moet u op letten?

De mantelzorgmakelaar moet zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging van mantelzorgmakelaars (BMZM).

TANDARTSVERZEKERINGEN TANDEXTRA, TANDPLUS, TANDTOP

SPECIFIEKE BEPALINGEN VOOR DE TANDARTSVERZEKERING

Op de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en Tandtop zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in het hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus, Top, met uitzondering van de bepalingen onder het kopje 'dekking en vergoeding per zorgvorm';
- de afspraken in dit hoofdstuk Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, Tandtop.

Alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen, maken onderdeel uit van de tandartsverzekering.

TANDARTSVERZEKERING SLUITEN

Geldt er een medische selectie?

Als u (verzekeringnemer) de TandTop-tandartsverzekering wilt sluiten, kunnen wij van u (verzekeringnemer) verlangen dat u (verzekeringnemer) een verklaring afgeeft over de te verwachten behandelingen en het tandartsbezoek van de te verzekeren personen. In dat geval sluiten wij alleen een TandTop-tandartsverzekering als u heeft ingestemd met de Verklaring TandTop.

Als in strijd met de waarheid is ingestemd met deze verklaring, bestaat er geen recht op vergoeding. Ook kunnen wij de verzekering per direct beëindigen.

Dekking en vergoeding

TANDEXTRA +	TANDPLUS ++	TANDTOP +++
75% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor tandheelkundige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl. U heeft alleen recht op vergoeding van de zorg met die prestatiecodes. De kosten van het niet nakomen van een afspraak vergoeden wij niet.

Algemene tandheelkundige zorg

U heeft recht op vergoeding van alle hieronder genoemde behandelingen die zijn opgenomen in de prestatielijst voor tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Type behandeling	prestatiecode
consultatie en diagnostiek	alle C-codes
maken en beoordelen foto's	alle X-codes
preventieve mondzorg	alle M-codes
verdoving	alle A-codes
verdoving door middel van roesje	alle B-codes
vullingen	alle V-codes
wortelkanaalbehandelingen	alle E-codes
kronen en bruggen	alle R-codes
kaakgewrichtsbehandelingen	alle G-codes
chirurgie	alle H-codes
kunstgebitten	alle P-codes
tandvleesbehandelingen	alle T-codes
implantaten	alle J-codes

Orthodontie als u jonger bent dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van orthodontie als de verzekerde jonger dan 18 jaar is. Het gaat om de volgende codes.

Type behandeling	prestatiecode
Beugels (orthodontie)	alle F-codes

Techniekkosten

U heeft recht op vergoeding van techniekkosten bij de hiervoor genoemde codes tot maximaal het bedrag dat voor de betreffende behandeling is opgenomen in de Lijst maximale vergoeding techniekkosten. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij deze toe.

Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprothesen, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Voor gebitsprothesen op tandheelkundige implantaten geldt daarbij een beperking. U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprothesen op tandheelkundige implantaten tot maximaal € 275,- euro (maximaal € 250,- voor de TandExtra).

Spoedeisende mondzorg in het buitenland

U heeft recht op vergoeding van spoedeisende mondzorg in het buitenland. De dekking voor mondzorg in het buitenland is beperkt tot behandelingen die overeenkomen met de 'Lijst Spoedeisende mondzorg'. Deze kunt u bekijken via www.zorgdirect.nl/mondzorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet u op letten?

- Een tandarts mag alle zorg verlenen;
- Een orthodontist mag alleen orthodontie verlenen;
- Een kaakchirurg mag alleen implantologie verlenen;
- Een tandprotheticus mag alleen tandtechnische verrichtingen verlenen en uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak aanmeten, maken, passen en plaatsen, al dan niet op tandheelkundige implantaten. Voor het door een tandprotheticus aanmeten, maken, passen en plaatsen van een uitneembare (volledige) prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak, te plaatsen op tandheelkundige implantaten, moet u een verwijzing hebben van een tandarts;
- Een mondhygiënist mag alleen de volgende zorg verlenen: preventieve mondzorg (alle M-codes), eenvoudige parodontale hulp (T11, T12, T22, T31 t/m T33, T41 t/m T43, T60, T61, T91 t/m T93, T96), plaatsing van eenvoudige vullingen (V30, V35, V40, V50, V71, V72, V81, V82, V91, V92) en verdoving (A10 en A15). Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl.

Voor vergoeding van (het plaatsen van) een tandheelkundig implantaat moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

WAT BETEKENEN ALLE BEGRIPPEN?

In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

De met Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. gesloten of te sluiten overeenkomst van schadeverzekering. In deze schadeverzekering is een risico van behoefte aan zorg of overige diensten gedekt in aanvulling op de dekking van de basisverzekering. Een tandartsverzekering valt hier ook onder, tenzij dat uitdrukkelijk anders is vermeld.

Ambulance

Een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg.

Apotheekbereiding

Een geneesmiddel dat door of in opdracht van de apotheker of (huisarts die gezamenlijk praktijk uitoefent met een) apothekhoudend huisarts in diens apotheek op kleine schaal is bereid als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder d van de Geneesmiddelenwet.

Apothekhoudende huisarts

Een huisarts aan wie op grond van artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers als bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Arts

Een arts die als arts geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het register van artsen infectieziektebestrijding of het register artsen tuberculosebestrijding van de KNMG.

Arts verstandelijk gehandicapten

Een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische zorg levert en, voor zover vereist, als audiologisch centrum bij of krachtens de wet is toegelaten.

Basis ggz

Generalistische basis geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Basisverzekering

De ZorgDirect Basisverzekering, die een zorgverzekering is.

Beademingscentrum

Een centrum dat mechanische beademing levert en, voor zover vereist, als beademingscentrum bij of krachtens de wet is toegelaten. Een beademingscentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsgeneeskundige is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG en optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapie

Zorg die bekkenfysiotherapeuten plegen te bieden.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het register Keurmerk Fysiotherapie.

Bekkenoefentherapeut

Een oefentherapeut die als bekkenoefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Bekkenoefentherapie

Zorg die bekkenoefentherapeuten plegen te bieden.

BRP

Basisregistratie personen.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

CAK

Het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvisering

Een centrum dat een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering en, voor zover vereist, als centrum voor erfelijkheidsadvisering bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten.

Collectiviteit

Een overeenkomst tussen ons en een werkgever of een rechtspersoon, die geen werkgever is en die de belangen van een groep personen behartigt. De werknemers of de personen van die groep profiteren van de in de overeenkomst opgenomen voordelen, als zij voldoen aan de in de overeenkomst opgenomen voorwaarden. Die werknemers of personen noemen wij deelnemers.

DBC(-zorgproduct)

DBC is de afkorting van diagnosebehandelingcombinatie. Een DBC of DBC-zorgproduct is de beschrijving door middel van een DBC-prestatiecode of DBC-zorgproductcode van het afgesloten traject van (medisch) specialistische zorg, zoals omschreven in besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit. Het DBC-traject start op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en eindigt aan het eind van de behandeling of na het maximale aantal dagen dat een DBC(-zorgproduct) 'open' kan staan als de behandeling dan nog niet geëindigd is.

Diagnostiek

Het onderzoek naar de aard, de oorzaak en de ernst van een aandoening.

Dialysecentrum

Een centrum dat dialysezorg levert en, voor zover vereist, als dialysecentrum bij of krachtens de wet is toegelaten. Een dialysecentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Dieetpreparaten

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Echoscopisch centrum

Een instelling voor het verrichten van prenatale screening, die beschikt over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

EER-land

Een land dat partij is bij de Overeenkomst over de Europese, Economische Ruimte: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU-land

Een land dat lid is van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, Saint Martin), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden.

Flebologie

Zorg die flebologen plegen te bieden. Deze zorg betreft de behandeling van spataderen en oedeem.

Fraude

Het plegen of proberen te plegen of het laten plegen van valsheid in geschrifte, oplichting, bedrog, verduistering of opzettelijke benadeling van ons en dat is gericht op het verkrijgen van (een vergoeding van kosten van) zorg waarop geen recht bestaat of het sluiten, continueren of beëindigen van een verzekeringsovereenkomst of krijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als fysiotherapeut geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling voor verloskundige zorg. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode na de bevalling.

Gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. In die overeenkomst staan afspraken, bijvoorbeeld over rechtstreekse declaratie van de verleende zorg en de kwaliteit van de zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Geboortezorgorganisatie

Een zorgaanbieder waarin verschillende disciplines binnen de geboortezorgketen gelijkwaardig zijn vertegenwoordigd en die integrale geboortezorg levert.

Gehele verzekerde periode

De periode dat u aaneengesloten krachtens een aanvullende verzekering bent verzekerd.

Geregistreerd geneesmiddel

Een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of een parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet danwel krachtens de verordening 726/2004/EG, Pb EG L136.

Geriatricfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als geriatricfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het register Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatric-oefentherapeut

Een oefentherapeut die als geriatric-oefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Geriatricische fysiotherapie

Zorg die geriatricfysiotherapeuten plegen te bieden.

Geriatricische oefentherapie

Zorg die geriatric-oefentherapeuten plegen te bieden.

Gespecialiseerde ggz

Gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

G-standaard van Z-index

Een elektronische databank waarin alle geneesmiddelen, hulpmiddelen en gezondheidsproducten zijn opgenomen, die verkrijgbaar zijn via de apotheek en instellingen. Het bestand wordt bijgehouden door het bedrijf Z-index.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost)

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen. Het verband is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Huisartsencentrum

Een instelling voor het verlenen van huisartsenzorg.

Instelling

- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande socialezekerheidsstelsel of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg

Een instelling voor het verlenen van zintuiglijk gehandicaptenzorg, die lid is van de Nederlandse Federatie van Audiologische centra (FENAC) of van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

Intensieve kindzorg

Verzorging omdat een verzekerde die jonger is dan 18 jaar een ingewikkeld lichamelijk medisch probleem (complexe somatische problematiek) of een lichamelijke handicap heeft, waarbij:

- behoefte is aan permanent toezicht; of
- er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid van de verzekerde beschikbaar moet zijn en tegelijk met die zorg verpleegkundige handelingen worden verricht.

Ivf-poging (in-vitrofertilisatiepoging)

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, die inhoudt:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meer keren implanteren van een of twee, eventueel ingevroren bewaarde, embryo's in de baarmoederholte met als doel zwangerschap te laten ontstaan.

Jeugdarts

Een arts die:

- als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG; of
- als jeugdarts is ingeschreven in het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG;

en die jeugdgezondheidszorg verleent als bedoeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Kaakchirurg

Een specialist Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie die door de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen (RTS) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) is ingeschreven in het specialistenregister Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie.

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Kerninstallatie

Een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen.

Ketenzorg

Gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard. Doel is dat zorgaanbieders nauw samenwerken en de zorg voor de patiënt goed afstemmen. Ketenzorg kan worden bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Voor dat hele zorgprogramma geldt één

tarief. Keten zorg kan ook worden bekostigd door zorgaanbieders die 'los' de zorg verlenen en declareren en waarbij de coördinatie en organisatie wordt bekostigd via een 'koptarief'.

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het register Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderfysiotherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderfysiotherapeuten plegen te bieden.

Kinder oefentherapeut

Een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kinder oefentherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderoefentherapeuten plegen te bieden.

Kinderverpleegkundige

Een verpleegkundige met een diploma MBO- of HBO-Verpleegkunde en met een afgeronde, landelijk erkende vervolgopleiding voor het verplegen van kinderen.

Klinisch fysisch audioloog

Een klinisch fysisch met een afgeronde, landelijk erkende opleiding als klinisch fysisch audioloog.

Klinisch geriater

Een arts die als klinisch geriater is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Klinisch neuropsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch neuropsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

KNGF

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kraamcentrum

Een centrum dat kraamzorg levert en, voor zover vereist, als kraamcentrum bij of krachtens de wet is toegelaten.

Kraamverzorgende

Een geschoolde hulp die na een bevalling kraamzorg levert voor de kraamvrouw en haar gezin. Een kraamverzorgende zorgt voor het welzijn van moeder en kind en rapporteert als dit nodig is aan de verloskundige of arts.

Leverancier van hulpmiddelen

Een organisatie die (medische) hulpmiddelen levert en is opgenomen in het Algemeen Gegevens Beheer Zorgaanbieders register (AGB-zorgaanbiedersregister). In dit register worden gegevens van zorgaanbieders in Nederland vastgelegd. Deze gegevens zijn voorzien van een unieke codering, de AGB-code. Hiermee wordt een uniforme registratie van gegevens van zorgaanbieders geboden aan de zorgverzekeraars.

Littekenbehandeling

Fysiotherapie gericht op het voorkomen of verminderen van pijnklachten en bewegingsklachten door littekens.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het register Keurmerk Fysiotherapie.

Manuele therapie

Manuele therapie omvat zorg die manueel therapeuten plegen te bieden.

Mantelzorg

Onbetaalde zorg aan een hulpbehoevende oudere, chronisch zieke of gehandicapte naaste. De zorg wordt meer dan 8 uur per week en minimaal drie maanden achter elkaar verleend.

Mantelzorger

Een mantelzorger is een persoon die, niet beroepsmatig, mantelzorg verleent.

Marktconform Nederlands tarief

De kosten van de zorg minus de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Medisch adviseur

Een medewerker van ons die geregistreerd staat in de registers en conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Medisch specialist

Een arts die als specialist met een wettelijke erkende specialistentitel in een specialistenregister als bedoeld in artikel 14, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, is ingeschreven.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt.

NIPT

Niet-invasieve prenatale test.

Nota

Een schriftelijk bewijs van door een zorgaanbieder gemaakte kosten voor zorg met minimaal de volgende informatie: naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg, de naam en de geboortedatum van de verzekerde.

NVLF

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het register Keurmerk Fysiotherapie.

Oedeemtherapie en lymfedrainage

Zorg zoals oedeemtherapeuten die plegen te bieden.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut Cesar of een oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Oefentherapie

Zorg die oefentherapeuten die plegen te bieden.

Oogkliniek

Een zelfstandig behandelcentrum dat is gespecialiseerd in de behandeling van ogen.

Openbaar vervoer

Voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een dienstregeling met een auto, bus, trein, metro, tram of een via een geleidesysteem voortbewogen voertuig als bedoeld in de Wet personenvervoer 2000 en voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een vaste bootdienst.

Orthodontie

Zorg van orthodontische aard zoals tandartsen die plegen te bieden.

Orthodontist

Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Pedicure

Een pedicure die:

- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of medisch pedicure (MP); of
- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) dat wordt beheerd door Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ) in samenwerking met de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV); of
- als paramedisch chiropodist staat geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV).

Een pedicure die een pedicurebehandeling verleent als bedoeld in de aanvullende verzekering mag ook zijn opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure met de specialisatie voetverzorging bij reumapatiënten (RV).

Physician assistent

Een physician assistent die voldoet aan de eisen van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistants en als physician assistent is ingeschreven in het kwaliteitsregister geregistreerde physician assistants van de Nederlandse associatie physician assistants (NAPA).

Podologie

Zorg die podologen plegen te bieden.

Podoposturaal therapeut

Een zorgaanbieder die is aangesloten bij de beroepsorganisatie Stichting LOOP en als podoposturaal therapeut staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ).

Podotherapie

Zorg die podotherapeuten plegen te bieden.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Proctologie

Zorg die proctologen plegen te bieden. Deze zorg heeft betrekking op de behandeling van anale aandoeningen.

Psychiater

Een arts die is ingeschreven in het register voor psychiaters, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Psychiatrisch ziekenhuis

Een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling.

Psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie

Zorg die psychosomatische fysiotherapeuten respectievelijk psychosomatische oefentherapeuten plegen te bieden.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in een door de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en Zorgverzekeraars Nederland gezamenlijk aangewezen register.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Rationele farmacotherapie

Behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm. Daarbij moet de werkzaamheid en effectiviteit van het geneesmiddel blijken uit wetenschappelijke literatuur. Ook moet de behandeling met dat geneesmiddel het meest economisch zijn.

Recept

Voorschrift voor geneesmiddelen.

Regiebehandelaar/hoofdbehandelaar

De aanbieder die, in reactie op uw zorgvraag, bij u de diagnose stelt en die verantwoordelijk is voor de behandeling. De regiebehandelaar kan de zorg zelf verlenen. Als de zorg ook door anderen wordt verleend, blijft de regiebehandelaar eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Registerpodoloog

Een zorgaanbieder die is aangesloten bij de beroepsorganisatie Stichting LOOP en als registerpodoloog staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ). Het kwaliteitsregister kunt u bekijken via www.kabiz.nl.

Revalidatiearts

Een arts die als revalidatiearts is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Revalidatiecentrum

Een instelling die revalidatiezorg levert en, voor zover vereist, als instelling voor revalidatie bij of krachtens de wet is toegelaten. In het centrum werkt een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Schriftelijk

Overdracht van informatie via papier of via e-mail of via een webformulier op internet.

SEH-arts

Een arts die als SEH-arts is ingeschreven in het profielregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

SKGZ

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Gespecialiseerde ggz

Gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die als specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Sportarts

Een arts die als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van de Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

SVB

Sociale Verzekeringsbank.

Tandarts

Een tandarts die als tandarts geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Een verblijf in het buitenland van maximaal zes aaneengesloten maanden.

Transplantatiecentrum

Een instelling die beschikt over een vergunning op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen voor het verlenen van transplantatiezorg.

Trombosedienst

Een centrum dat trombosezorg levert en, voor zover vereist, als trombosedienst bij of krachtens de wet is toegelaten.

U

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u' staat, is de verzekerde bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u (verzekeringnemer)' staat, is de verzekeringnemer bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u (verzekerde/verzekeringnemer)' staat, zijn zowel de verzekerde als de verzekeringnemer bedoeld.

UR-geneesmiddel

Een geneesmiddel dat alleen op recept ter hand mag worden gesteld als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder s, van de Geneesmiddelenwet.

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Een land, dat geen EU-, of EER-land is en waarmee Nederland afspraken heeft gemaakt over het verlenen van medische zorg en het vergoeden van de kosten daarvan: Australië (alleen voor verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Noord-Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije en Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige die als verloskundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegdag

Een verpleegdag als omschreven in de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregel voor de prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Verpleeghuis

Een instelling voor behandeling en verblijf in het kader van de Wlz in verband met somatische of psychogeriatrische aandoeningen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist ggz

Een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist met specialisme ggz geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Verplicht eigen risico

Het bedrag aan kosten van zorg dat voor rekening van u blijft.

Verslavingsarts

Een arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het profielregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Verwijzing

Het schriftelijke advies met toelichting aan u van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, over de zorgaanbieder die u verdere zorg kan verlenen en die u om medische redenen nodig heeft. De zorgaanbieder die de verwijzing geeft, is de verwijzer. Een verwijzer mag niet naar zichzelf verwijzen.

Verzekering

Een basisverzekering, aanvullende verzekering, tandartsverzekering.

Verzekeringnemer

De persoon die met ons een verzekering heeft gesloten. Als deze persoon de verzekering voor zichzelf sluit, is deze ook verzekerde.

Verzekerde

De persoon van wie het risico voor behoefte aan zorg door een verzekering wordt gedekt en die als verzekerde is vermeld in de polis.

Verzekeringsvoorwaarden

De rechten en plichten die voor u (verzekerde/verzekeringnemer) en ons gelden en die de verzekering vormen.

Voorschrift

De schriftelijke aanwijzing met toelichting van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, voor aan u te verlenen zorg die u om medische redenen

nodig heeft. Bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddel of hulpmiddel. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, is de voorschrijver.

Een voorschrift voor geneesmiddelen omvat de hoeveelheid, respectievelijk het aantal van elke afzonderlijke toedieningsvorm van één al dan niet samengesteld UR-geneesmiddel. Het voorschrift bepaalt de voorschriftduur, de periode waarvoor het geneesmiddel wordt voorgeschreven door de combinatie van aangegeven hoeveelheid en wijze van gebruik (waaronder frequentie en hoeveelheid van inname). Het voorschrift bepaalt dus de maximale aflevertermijn van het geneesmiddel. De term 'iter' of een soortgelijke aanduiding op het voorschrift geeft een herhaling aan. Het voorschrift geeft in dat geval ook aan hoe vaak het voorschrift herhaald wordt.

Vrijwillig eigen risico

Een door u (verzekeringnemer) met ZorgDirect als onderdeel van de basisverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg dat voor eigen rekening van de verzekerde komt.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wettelijke eigen bijdrage

Het deel van de kosten van de zorg die onder de dekking van de basisverzekering vallen, dat voor uw rekening blijft. De minister heeft bepaald welke kosten dat zijn. De wettelijke eigen bijdrage bestaat naast het verplicht en eventuele gekozen vrijwillig eigen risico.

Wij

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, is 'Eno Zorgverzekeraar N.V.' bedoeld. In geval van een verwijzing naar aanvullende verzekeringen is 'Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.' bedoeld.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige met een diploma HBO-Verpleegkunde.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zelfzorggeneesmiddelen

Geneesmiddelen die zonder recept mogen worden geleverd (de AV-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet); en Geneesmiddelen die zonder recept, maar wel alleen in een apotheek of ergens anders onder toezicht van een drogist mogen worden geleverd en die niet zonder recept alleen in een apotheek mogen worden geleverd (de UAD-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet).

Zenuwarts

Een arts die als zenuwarts is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken.

Zorg

De zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet als het gaat om de basisverzekering. De zorg en diensten in de artikelen met de dekking en vergoeding in het hoofdstuk met specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekeringen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. De zorg en overige diensten in het artikel dekking en vergoeding in het hoofdstuk over de tandartsverzekeringen als het gaat om de tandartsverzekeringen.

Zorgaanbieder

Een (natuurlijke) persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent.

ZorgDirect

Eno Zorgverzekeraar N.V. In geval van verwijzingen naar aanvullende verzekeringen is met 'ZorgDirect' bedoeld: Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Zorggroep

Een zorgaanbieder die als hoofdcontractant ketenzorg verleent. De zorgaanbieder kan de zorg zelf verlenen, maar kan ook gebruik maken van andere zorgaanbieders die in opdracht van de hoofdcontractant in samenhang en samenwerking ketenzorg leveren. De declaratie van de zorg gebeurt in beginsel via de hoofdcontractant.

Zorginstituut

Zorginstituut Nederland.

Zorgplan

Een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de wijkverpleging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde wijkverpleging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger. De eis van ondertekening geldt ook bij aanpassingen in het zorgplan.

Zorgprogramma 11

Zorgprogramma 11 als bedoeld in het rapport Zorgprogramma's Visueel, auditief en communicatief van november 2016 van Bureau HHM. Zorgprogramma 11 is er voor als u één of een paar eenvoudige vragen heeft over het leren van vaardigheden om weer zo zelfstandig mogelijk verder kunnen leven. Het gaat om vragen op het gebied van communicatie, huishouden, het gebruik van hulpmiddelen, zelfverzorging en mobiliteit die eenvoudige beantwoord kunnen worden.

Zorgverzekering

Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

ZorgDirect.



Postbus 166, 7400 AD Deventer, Telefoon: 088 687 74 74

info@zorgdirect.nl www.zorgdirect.nl