



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv

Zaaknummer : 202100630

Zittingsdatum : 1 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (H.A.J. Kroon, L. Ritzema en drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de
ziekttekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen, waarna zij op 25 april 2021 het verschuldigde entreegeld heeft voldaan.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 juni 2021 aan verzoekster gezonden. Op 18 juni 2021 heeft verzoekster op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 21 juni 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarna laatstgenoemde op 9 juli 2021 een aanvullend stuk heeft overgelegd. Een kopie van deze reactie is op 13 juli 2021 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 12 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021023571) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 september 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 juli 2021 zijn op 6 september 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft zowel een hart- als een herseninfarct gehad. Daarnaast lijdt zij aan diabetes type 2. Onder verwijzing naar haar aandoeningen heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht aan haar alleen nog Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg af te leveren.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2021 via een uitkeringsspecificatie aan verzoekster meegedeeld dat hij ten aanzien van geneesmiddelen een voorkeursbeleid hanteert. Alleen als het medisch niet verantwoord is het voorkeursmiddel te gebruiken bestaat aanspraak op een ander

geneesmiddel. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat in het geval van verzoekster geen medische noodzaak om Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg af te leveren.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Op 12 juli 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Carbasalaatcalcium is een goed wateroplosbaar calciumzout van acetylsalicylzuur; 100 mg carbasalaatcalcium komt overeen met 80 mg acetylsalicylzuur. De werkzame stof van beide geneesmiddelen is acetylsalicylzuur. Ook de toedieningsvorm is gelijk (oraal). Dit betekent dat verder een preferentiebeleid mag voeren. Alleen indien sprake is van een medische noodzaak kan verzoekster aanspraak maken op Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg. Het is aan de voorschrijvend arts om de medische noodzaak te onderbouwen.

Het dossier bevat geen onderbouwing van de medische noodzaak door de voorschrijvend arts (de huisarts). Het is onduidelijk welke klachten verzoekster heeft ervaren bij het gebruik van dispergeerbare tabletten acetylsalicylzuur 80mg. Ook is uit de informatie in het dossier niet op te maken hoe lang verzoekster het alternatief heeft gebruikt, een recepthistorie ontbreekt.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.”

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg af te leveren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 5.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden alsmede de van belang zijnde bepalingen uit het 'Reglement 2021 Farmaceutische zorg' opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster voert aan dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat geen sprake is van een medische noodzaak voor gebruik van het middel Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg. De ziektekostenverzekeraar heeft als alternatief sachets voorgesteld, maar deze zijn voor verzoekster niet werkbaar. Door haar aandoeningen krijgt zij de sachets moeilijk open. Daarnaast heeft zij al een keer een vervangend middel geprobeerd. Hier is zij toen erg ziek van geworden. Volgens verzoekster omdat carbasalaatcalcium (de werkzame stof in Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg) niet hetzelfde is acetylsalicylzuur (het alternatief).

Vanwege deze problemen heeft de behandelend arts haar de bruistabletten voorgeschreven. Op het desbetreffende recept heeft hij 'medische noodzaak' vermeld.


Tot slot voert verzoekster aan dat het door de ziektekostenverzekeraar gebruikte argument dat de sachets de voorkeur hebben vanwege de lagere kosten geen doel treft, aangezien deze kosten nagenoeg gelijk zijn aan die van de bruistabletten. Gelet op dit gegeven is het voor verzoekster ook niet te begrijpen dat de ziektekostenverzekeraar wel veel geld uitgeeft aan sponsoring.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij op 1 januari 2019 voor geregistreerde geneesmiddelen een voorkeursbeleid heeft ingevoerd. Dit beleid houdt in dat van veel geregistreerde geneesmiddelen nog maar één variant met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm wordt vergoed. Als gebruik wordt gemaakt van een ander geneesmiddel dan wordt dit middel niet vergoed. De enige uitzondering hierop is dat de voorschrijver aangeeft dat sprake is van een medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat minimaal twee merkloze geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof moeten zijn geprobeerd. Door de arts moet zijn geconstateerd dat de effecten daarvan zodanig zijn dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken. Verzoekster heeft verklaard dat zij de sachets van het vervangende middel niet kan openen. Dit is echter geen reden om het gewenste middel Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg te vergoeden. Er is voor deze situatie een adequaat alternatief beschikbaar.
- 6.4. De commissie overweegt het volgende.
In de eerste plaats dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering als een voor hem goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof, dosering, toedieningsvorm en afgiftepatroon beschikbaar is. Uit artikel 19.2, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.8, derde lid, Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk beleid mag voeren.
Voorwaarde hierbij is wel dat voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en dat de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel als gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 6.5. In artikel 19.2, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor meer informatie over het preferentiebeleid verwezen naar het 'Reglement 2021 Farmaceutische zorg'. Hierin is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar voorkeursgeneesmiddelen kan aanwijzen. Een lijst met voorkeursgeneesmiddelen is opgenomen in het 'Reglement 2021 Farmaceutische zorg'.
Het door verzoekster gewenste middel Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg bevat de werkzame stof acetylsalicylzuur. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar het generieke middel Acetylsalicylzuur Cardio Mylan 80 mg aangewezen.
Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat carbasalaatcalcium (de werkzame stof in Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg) niet hetzelfde is als acetylsalicylzuur (het door de ziektekostenverzekeraar aangeboden alternatief). Omdat voor carbasalaatcalcium geen alternatief beschikbaar is, is de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster niet gerechtigd een preferentiebeleid te voeren.
Het Zorginstituut heeft hierover in zijn advies van 12 juli 2021 opgemerkt dat carbasalaatcalcium een wateroplosbaar calciumzout is van acetylsalicylzuur; 100 mg carbasalaatcalcium komt overeen met 80 mg acetylsalicylzuur. De werkzame stof van beide geneesmiddelen is acetylsalicylzuur. De commissie passeert daarom de stelling van verzoekster dat de werkzame stof in de beide geneesmiddelen niet hetzelfde is.
- 6.6. Artikel 19.2, onder c, van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt voorts dat van de aangewezen voorkeursgeneesmiddelen kan worden afgeweken als de behandelend arts 'medische noodzaak' op het recept schrijft en hij deze medische noodzaak ook kan onderbouwen. Onder medische noodzaak wordt verstaan dat er ten minste twee merkloze geneesmiddelen over een langere periode moeten zijn geprobeerd. Daarnaast moet door de apotheker, in samenspraak met de arts, worden aangetoond dat een hulpstof zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken. Uiteindelijk bepaalt de apotheker op basis van het voorschrift en de toelichting van de arts welk geneesmiddel hij aflevert.

- 
- 6.7. De commissie merkt allereerst op dat het aan verzoekster is te onderbouwen dat een medische noodzaak bestaat voor het merkgeneesmiddel Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij ziek is geworden na gebruik van een generiek alternatief. De medische noodzaak kan echter niet worden gebaseerd enkel op deze stelling van verzoekster. Er is geen verklaring van de huisarts overgelegd waarmee de medische noodzaak voor Ascal Brisper Cardio Neuro bruistabletten 100 mg wordt onderbouwd. Bij gebreke van een nadere onderbouwing kan de commissie niet anders dan concluderen dat een medische noodzaak ontbreekt. Dit laatste wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 12 juli 2021.
- 
- 6.8. Door verzoekster is nog aangevoerd dat het verschil in prijs tussen het door haar gewenste middel en het door de apotheek geleverde preferente geneesmiddel klein is. Hiertoe geldt in de eerste plaats dat voor afwijking van het preferentiebeleid niet de kosten bepalend zijn, maar de aanwezigheid van een medische noodzaak, zoals hiervoor is toegelicht. Daarnaast kan de inkoopprijs van een verzekeraar sterk afwijken van de consumentenprijs voor een middel, zodat een vergelijking op basis van consumentenprijzen niet goed is te maken. Het moet worden aangenomen dat het voeren van een preferentiebeleid alleen zinvol is indien hierdoor kosten worden bespaard. Of die besparing groot of klein is, is daarnaast niet van belang als een verzekerde via de verzekeringsovereenkomst akkoord is gegaan met het van toepassing zijn van een preferentiebeleid en de aanwijzing van voorkeursgeneesmiddelen. Het argument van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar veel geld uitgeeft aan sponsoring leidt niet tot een ander oordeel. De keuze van een zorgverzekeraar om evenementen of goede doelen te sponsoren behoort tot het eigen beleid van die verzekeraar. De commissie heeft niet de bevoegdheid hierin te treden.
- 
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 september 2021,



J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:

- a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.

2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

- a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
- b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

| Werkzame stof + sterkte | Artikelnaam | Fabrikant | Artikelnummer | Ingangsdatum aanwijzing | Einddatum aanwijzing |
|--|--|---|---------------|-------------------------|----------------------|
| ABACAVIR/LAMIVUDINE 600/300MG | Abacavir/lamivudine glenmark tab filmomh 600/300mg | Glenmark pharmaceuticals europe limited | 16607694 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACENOCOUMAROL 1MG | Acenocoumarol cf tablet 1mg | Centrafarm bv | 14292998 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACETAZOLAMIDE 250MG | Diamox tablet 250mg | Prolepha research bv | 16751388 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACETYLSALICYLZUUR 30MG | Acetylsalicylzuur neuro rp disp tablet 30mg | Pharmachemie bv | 16598911 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACETYLSALICYLZUUR 80MG | Acetylsalicylzuur cardio mylan disp tablet 80mg | Mylan b.v. | 16776550 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACITRETINE 10MG | Neotigason capsule 10mg | Aurobindo pharma bv | 15364062 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ACITRETINE 25MG | Neotigason capsule 25mg | Aurobindo pharma bv | 15364070 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| AGOMELATINE 25MG | Agomelatine glenmark tablet filmomhuld 25mg | Glenmark pharmaceuticals europe limited | 16777212 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALENDRONINEZUUR 70MG | Alendroninezuur aurobindo tablet 70mg | Aurobindo pharma bv | 15702804 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALENDRONINEZUUR/COLECALCIFEROL 70MG/2800IE | Alendroninezuur/cholecalciferol aur tb 70mg/2800ie | Aurobindo pharma bv | 16569989 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALENDRONINEZUUR/COLECALCIFEROL 70MG/5600IE | Alendroninezuur/cholecalciferol aur tb 70mg/5600ie | Aurobindo pharma bv | 16570014 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALFACALCIDOL 0,25UG | Alfacalcidol focus capsule 0,25mcg | Focus Care Pharmaceuticals B.V. | 16734041 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALFACALCIDOL 0,5UG | Alfacalcidol focus capsule 0,5mcg | Focus Care Pharmaceuticals B.V. | 16734068 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALFACALCIDOL 1UG | Alfacalcidol focus capsule 1mcg | Focus Care Pharmaceuticals B.V. | 16734076 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALFUZOSINE 2,5MG | Alfuzosine hcl aurobindo tablet filmomhuld 2,5mg | Aurobindo pharma bv | 15702936 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALFUZOSINE MGA 10MG | Alfuzosine hcl aurobindo tablet mva 10mg | Aurobindo pharma bv | 15787044 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALLOPURINOL 100MG | Allopurinol sandoz tablet 100mg | Sandoz bv | 15469174 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALLOPURINOL 300MG | Allopurinol accord tablet 300mg | Accord healthcare b.v. | 16923286 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| ALPRAZOLAM 0,5MG | Alprazolam mylan tablet 0,5mg | Mylan b.v. | 14289342 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| AMBRISENTAN 10MG | Ambrisentan cf tablet filmomhuld 10mg | Centrafarm bv | 16944518 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| AMBRISENTAN 5MG | Ambrisentan cf tablet filmomhuld 5mg | Centrafarm bv | 16944526 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |
| AMIODARON 200MG | Amiodaron hcl aurobindo tablet 200mg | Aurobindo pharma bv | 16746457 | 1-1-2021 | 31-12-2022 |

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg zoals terug te vinden is op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deze apothekers staan ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet.

Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is en dat daadwerkelijk aan u is afgeleverd;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is. Dit geldt voor een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm dat niet eerder aan u ter hand is gesteld, of wanneer dit twaalf maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld;
- terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) indien het voor u noodzakelijk is om uw geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor een periode van een of meerdere weken te ontvangen. De apotheker toetst in dit kader of sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik op basis van medische-, farmaceutische- en patiëntinformatie. U heeft aanspraak op maximaal één beoordeling per jaar, tevens is deze vrijgesteld van uw eigen risico;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek wanneer daadwerkelijk een persoonlijk gesprek over de (gewijzigde) medicatie heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis indien er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt of direct na stoppen van de behandeling.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- a. de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen zoals opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en voor zover deze zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- b. de vergoeding van merkloze geneesmiddelen. Zodra het patent van het merkgeneesmiddel verloopt komen er vergelijkbare merkloze geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen) op de markt. Vanaf dat moment – en dit kan ook gedurende het jaar zijn – heeft u uitsluitend recht op vergoeding van het merkloze geneesmiddel of het aangewezen voorkeursgeneesmiddel. De vergoeding van de voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid is beschikbaar op onze website en wordt maandelijks geactualiseerd op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. De geneesmiddelen binnen deze groepen zijn onderling uitwisselbaar. Bij geneesmiddelen binnen een productcategorie met dezelfde werkzame stof, sterkte en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Zorg en Zekerheid zijn aangewezen. Dit zijn de voorkeursgeneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen voorkeursgeneesmiddelen zijn aangewezen en welke voorkeursgeneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Reglement farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid. De meest actuele lijst met voorkeursgeneesmiddelen is beschikbaar op onze website. In de loop van 2021 kan Zorg en Zekerheid één of meer voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen of veranderen. Welke voorkeursgeneesmiddelen dit betreft kunt u vinden op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). U heeft uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm vergoeden wij niet;
- c. bij hoge uitzondering kan het voorkomen dat de behandeling met het generieke (merkloze) middel voor u medisch niet verantwoord is. Dan kunt u in aanmerking komen voor een vergoeding van het

merkgeneesmiddel. Uw arts dient op het recept te vermelden dat er sprake is van “medische noodzaak”. Om dit vast te stellen moet u, mits medisch aanvaardbaar tenminste twee generieke (merkloze) geneesmiddelen, naast het aangewezen voorkeursgeneesmiddel, over een langere periode uitgeprobeerd hebben. Daarbij moet door de apotheker in samenspraak met de arts, aangetoond zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken.

Uw arts mag alleen ‘medische noodzaak’ op het recept vermelden als hij deze kan onderbouwen. Indien de apotheker hieraan twijfelt zal hij contact opnemen met uw arts. Deze situatie kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer blijkt dat u niet eerder het voorkeursgeneesmiddel heeft gebruikt. Uw apotheker kiest op basis van het voorschrift en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel hij aan u meegeeft. Indien er twijfel blijft bestaan over de medische noodzakelijkheid, kan de apotheker ook via het formulier ‘Verzoek tot aanvraag herbeoordeling medische noodzaak’ contact opnemen met Zorg en Zekerheid voor een second opinion;

Voorkeursgeneesmiddelen en eigen risico

Zorg en Zekerheid kan de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplicht en vrijwillig eigen risico. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u vanwege ‘medische noodzaak’ een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel of indien het voorkeursgeneesmiddel niet beschikbaar is (‘logistieke noodzaak’ bij bijvoorbeeld geneesmiddelentekorten) dan komen de geneesmiddelen wel ten laste van uw eigen risico.

- d. de vergoeding van geneesmiddelen in overige groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen, die niet onder het voorkeursbeleid vallen. Valt uw geneesmiddel binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen, waarvoor Zorg en Zekerheid geen voorkeursgeneesmiddel heeft aangewezen? Dan heeft u recht op een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs van het merkloze (generieke) geneesmiddel binnen de betreffende geneesmiddelengroep met een bandbreedte van 3%;
- e. de vergoeding van maagzuurremmers en zelfzorggeneesmiddelen bij chronisch gebruik, mits deze zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door uw arts. Het recept moet de volgende elementen bevatten:
 - u langer dan zes maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
 - u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
 - het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.
 De eerste vijftien dagen komen de kosten van het gebruik van chronische zelfzorggeneesmiddelen, waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening. Het voorkeursbeleid is ook van toepassing op de vergoeding van deze geneesmiddelengroepen. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid voor enkele groepen onderling uitwisselbare zelfzorggeneesmiddelen een voorkeursgeneesmiddel aanwijst. De overige geneesmiddelen binnen dezelfde groep met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm worden niet vergoed;
- f. apotheekbereide geneesmiddelen op recept, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek bestelt deze bij een andere apotheek. In het laatste geval wordt het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld. Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld middels een lijst op www.znformulieren.nl;
- g. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderling uitwisselbare apotheekbereidingen. Voor deze groep geldt een maximale vergoeding aan de zorgaanbieder, die is gebaseerd op de laagste prijs zoals vermeld in de openbare apotheekprijslijst, met een bandbreedte van 3% van de laagste prijs. De maximale prijs kan niet hoger zijn dan de bereidingskosten als de apotheek zelf de medicatie maakt;
- h. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
- i. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- j. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is

gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

- k. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

Wat zijn de voorwaarden?

- a. tenzij Zorg en Zekerheid anders heeft afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts, dienen de geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen deze ter hand gesteld te worden door een apotheker of apothekhoudende huisarts;
- b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en is mogelijk vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Dit is opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg, de algemene formulieren zijn beschikbaar gesteld op: www.znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsenverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsenverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen. Indien vooraf toestemming is vereist zal uw voorschrijver toestemming voor behandeling aan Zorg en Zekerheid vragen;
- c. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
 - maximaal vijftien dagen of de kleinste handelsverpakking voor een nieuw geneesmiddel;
 - minimaal drie maanden en voor maximaal twaalf maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,00 inclusief btw per maand. Indien het een geneesmiddel betreft dat is opgenomen in de Opiumwet – benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica – dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand. Dit geldt niet voor geneesmiddelen uit de groep antidepressiva en geneesmiddelen bij ADHD;
 - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in het buitenland tot maximaal drie maanden of indien sprake is van geneesmiddelen voor de behandeling van HIV;
 - redenen om geneesmiddelen voor een kortere periode te leveren zijn beperkte houdbaarheid van het geneesmiddel of het geneesmiddel is beperkt beschikbaar (bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten);
 - voor anticonceptiva heeft u alleen de eerste keer een recept nodig. Indien het orale anticonceptiva betreft: levering van maximaal twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
 - voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig;
 - bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een maximale periode van vijftien dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt;
 - minimaal één maand voor alle andere gevallen.

Waar heb ik geen recht op?

- a. U heeft geen recht op farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
 - voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekerisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties.
- b. geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- d. geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
- f. de vergoeding van sommige combinatieproducten. Een combinatieproduct bevat meerdere werkzame stoffen in een toedieningsvorm (tablet/inhalator). Dan worden in dit geval alleen de losse geneesmiddelen van de betreffende werkzame stoffen (bijvoorbeeld in aparte tabletten) vergoed. Gedurende het jaar kan Zorg en Zekerheid wijzigingen doorvoeren, deze zijn te vinden op de website op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op: zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen;
- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Daarbij stelt de minister ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen. Dit deel is uw eigen bijdrage en is gemaximeerd op € 250,00 per kalenderjaar. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven dit bedrag worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.3 Dieetpreparaten*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) voor medisch gebruik en het daarbij behorende advies en de begeleiding, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeivitalergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering met startpakket met daarin – indien dit therapeutisch mogelijk is – meerdere smaken voor maximaal twee weken. Wanneer de verbruiksperiode korter is dan twee weken, wordt de duur van het startpakket daarop aangepast;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling.

Wat zijn de voorwaarden?:

- het landelijke ZN-formulier voor dieetpreparaten dient te zijn ingevuld door een diëtist of (huis)arts en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder kan het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten terugvinden op www.znformulieren.nl;
- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag;
- de vergoeding van dieetpreparaten na één maand;
- de vergoeding van zuigelingenvoeding na één maand.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.