

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, Wellbutrin® XR 150 mg, preferentiebeleid, medische noodzaak
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202100223
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hier gevolg aan gegeven; op 26 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 12 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021027606) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 juli 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2021 gehoord.
- 2.5. Op 24 augustus 2021 heeft de commissie per e-mail van verzoeker aanvullende informatie ontvangen. Een kopie hiervan is op 6 september 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld op de betreffende stukken te reageren. Op 23 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 24 september 2021 aan verzoeker gezonden. Op 1 oktober 2021 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is op 6 oktober 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn op 6 oktober 2021 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag of hetgeen hierin staat vermeld aanleiding geeft het voorlopig advies aan te passen. Op 20 oktober 2021 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 oktober 2021 aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het desbetreffende advies te reageren. Op 25 oktober 2021 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van de deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen Aanvullend**, Aanvullend Tand** en Extra Aanvullend Thuiszorg (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft in 2012 een herseninfarct gehad. Sindsdien gebruikt hij veel medicatie, waaronder het geneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg. Eind 2020 is aan verzoeker meegedeeld dat dit geneesmiddel met ingang van 1 januari 2021 niet meer aan hem wordt afgeleverd. Sindsdien vermeldt de huisarts op het recept 'medische noodzaak'. Dit omdat verzoeker in het verleden al eens een vervangend geneesmiddel heeft gebruikt en hiervan toen vervelende bijwerkingen kreeg. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van het geneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg na 1 januari 2021 te blijven vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 29 januari 2021 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. De huisarts heeft in mei 2021 per brief over verzoeker verklaard:

*"[naam verzoeker]
Wellbutrin (bupropion). Merk artikel is noodzakelijk omdat hij meerdere keren van omzetten generiek veel klachten heeft gehad."*

3.5. Bij brief van 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"In het geval van verzoeker verschillen de huisarts en apotheker van mening over de vraag of sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Wellbutrin®. De apotheker stelt volgens verweerder dat er geen aantoonbaar bewijs is van een medische noodzaak voor dit merkgeneesmiddel en de huisarts verklaart dat wel sprake is van een medische noodzaak maar heeft dit niet toegelicht of onderbouwd. Wat precies de klachten zijn na het gebruik van de generiek(en) is niet nader toegelicht door de huisarts. Het is ook niet duidelijk hoe vaak verzoeker is omgezet naar een generiek geneesmiddel met bupropion. Op basis van de verklaring van de huisarts is niet aangetoond dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Wellbutrin®."

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onvoldoende aangetoond dat het medisch onverantwoordelijk is voor verzoeker om een generiek geneesmiddel met bupropion te gebruiken. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van Wellbutrin® ten laste van de basisverzekering."

3.6. Bij brief van 20 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Het wisselen van geneesmiddelen"

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) heeft een lijst opgesteld van medicijnen waarbij wisselen, in het belang van de patiënt, niet wenselijk is. In het 'Medicijnoverzicht: Wisselen ongewenst' is bupropion niet genoemd.

Daarnaast heeft de beroepsgroep van apothekers (de KNMP) een handleiding uitgebracht over geneesmiddelensubstitutie. Deze handleiding benoemt de overwegingen bij het wisselen van medicatie, rekening houdend met geneesmiddel-, product- en patiëntgebonden factoren. In de handleiding is noch de werkzame stof bupropion, noch de indicatie depressie genoemd als risicofactor.

Ook komen uit de beschikbare informatie geen patiëntgebonden factoren naar voren, die door de handleiding zijn aangemerkt als factoren die van invloed kunnen zijn op de beslissing om wel of niet te substitueren.

Hulpstoffen

Verzoeker heeft verder tijdens de hoorzitting een document aangeleverd waarin de hulpstoffen van verschillende bupropion-bevattende geneesmiddelen zijn weergegeven.

Uit de beschikbare informatie blijkt echter niet dat verzoeker allergisch is voor een bepaalde hulpstof waardoor hij sommige producten niet kan gebruiken.

Conclusie

Op basis van de aanvullende stukken kan niet geconcludeerd worden dat het medisch niet verantwoord is voor verzoeker om een generiek geneesmiddel met bupropion te gebruiken. Een verklaring van de betrokken apotheker kan mogelijk meer helderheid geven, maar ontbreekt in het dossier. De conclusie van het voorlopig advies wijzigt daarom niet. Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van Wellbutrin® ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Wellbutrin® XR 150 mg, afgeleverd sinds 1 januari 2021, alsnog volledig moet vergoeden.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

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 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. 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 indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Uit het bepaalde op pagina 32 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.

6.3. Op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor meer informatie over het preferentiebeleid verwezen naar het 'Reglement Farmaceutische Zorg'. Hierin is in artikel 3.4 bepaald dat de ziektekostenverzekeraar voorkeurgeneesmiddelen kan aanwijzen. Een lijst met voorkeurgeneesmiddelen is opgenomen op de 'Lijst met aangewezen preferente fabrikanten van geneesmiddelen in 2021'. Het door verzoeker gebruikte geneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg bevat de werkzame stof bupropion. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar het generieke middel van het merk Glaxosmithkline aangewezen.

- 6.4. Op grond van het bepaalde op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met het bepaalde in de 'Begrippenlijst' van het 'Reglement Farmaceutische Zorg' bestaat in sommige situaties aanspraak op aflevering van het merkgeneesmiddel. Dit is aan de orde als de voorschrijver 'medische noodzaak' op het recept schrijft en hij deze medische noodzaak ook kan onderbouwen. Er is sprake van medische noodzaak, als het medisch onverantwoord is indien de verzekerde wordt behandeld met het voorkeursgeneesmiddel. Uiteindelijk bepaalt de apotheker op basis van het voorschrift en de toelichting van de arts welk geneesmiddel hij aflevert.
- 6.5. De commissie merkt in dit verband op dat het wisselen van geneesmiddelen in bepaalde situaties wordt ontraden. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 21 oktober 2021 dat die situaties bij verzoeker niet zijn gebleken zodat behandeling met het voorkeursgeneesmiddel in beginsel mogelijk is. Dit is slechts anders indien een medische noodzaak bestaat voor het merkgeneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg. Het is aan verzoeker deze noodzaak te onderbouwen. Zijnerzijds is echter alleen aangevoerd dat hij in het verleden klachten heeft gekregen na gebruik van (een) generiek(e) geneesmiddel(en). Niet duidelijk is welk(e) generiek(e) geneesmiddel(en) verzoeker destijds heeft geprobeerd en waaruit zijn klachten exact bestonden. Gelet op de door hem overgelegde informatie lijkt verzoeker te suggereren dat de toen ervaren klachten zijn terug te voeren op een verschil in hulpstoffen tussen de generieke variant(en) en Wellbutrin® XR 150 mg, maar enige onderbouwing in de vorm van een verwijzing naar een allergie of overgevoeligheid voor een specifieke hulpstof ontbreekt.
- Gezien het voorgaande kan in het geval van verzoeker niet worden gesproken van een aangetoonde medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg. Dit laatste wordt bevestigd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 juli 2021 en het definitief advies van 20 oktober 2021.
- De stelling van verzoeker dat op de website www.medicijnkosten.nl staat vermeld dat het geneesmiddel Wellbutrin® XR 150 mg door alle zorgverzekeraars wordt vergoed treft geen doel. Genoemd geneesmiddel behoort weliswaar tot de verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering, maar op grond van de geldende polisvoorwaarden bestaat uitsluitend aanspraak in geval van een medische noodzaak. Zoals de commissie hiervoor heeft geoordeeld, is het bestaan van een zodanige noodzaak door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Om die reden is hij aangewezen op het door de ziektekostenverzekeraar aangewezen generieke alternatief.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2021,

L. Ritzema

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 blijkt 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.

3 Leveranciers van farmaceutische zorg

3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben met een apotheek. Dit kan gevolgen hebben voor de vergoeding. Dit leest u in artikel [3.5](#). Voor de levering van dieetpreparaten sluiten wij alleen contracten af met medisch speciaalzaken. Laat u dieetpreparaten leveren door een apotheek of een niet-gecontracteerde medisch speciaalzaak? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel [3.5](#).

3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

1. u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel [4.1](#)) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
2. de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
3. dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

1. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
2. voor de geneesmiddelen waarbij de apotheek het voorkeursmiddel of –merk bepaalt, vergoeden wij die middelen conform de afspraken in het IDEA-contract.
3. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheek of ons aangewezen (merk) geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander (merk) middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
4. wij spreken voor slechts enkele geneesmiddelen een voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek met een IDEA-contract. Vergoeding van die geneesmiddelen vindt plaats volgens artikel 3.4.
5. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele (merk) geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het (merk) geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente (merk) geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel [4.2](#)). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- c. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a. u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b. u dient de nota bij ons in.
- c. dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.
- d. neemt u dieetpreparaten af bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier? Dan moet die apotheek of leverancier de verklaring controleren en in uw dossier opslaan.

Voor de polissen Basis Zeker en Basis Budget geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving artikel [7](#)): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Let op!

Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheek die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Begrippenlijst

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken en poliklinische apotheken.

Besluit

Het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek, waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek, waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.

Medisch gespecialiseerde leverancier

Leverancier van medische producten, bijvoorbeeld van dieetpreparaten en/of andere medische hulpmiddelen.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Regeling

De Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen.

Voorschrijver

Diegene die bevoegd is om farmaceutische zorg voor te schrijven.

Wij/ons

Zilveren Kruis.

- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.30](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die volgens 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 zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

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

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

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

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

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

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