

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202400660

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V., en,
 - 2) OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft brief van 3 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Verzoekster heeft op 11 maart 2025 aanvullende informatie aan de commissie gezonden.
- 1.3. Bij brief van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.4. De brief van 19 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009687) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 mei 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster heeft op 2 juni 2025 aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 10 juni 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, zoals ter zitting is afgesproken, bij brief van 16 juli 2025 geïnformeerd over onder meer de aanspraak op het geneesmiddel Palexia® in vloeibare vorm. Een kopie hiervan is aan verzoekster gezonden. Zij heeft hierop bij brief van 12 augustus 2025 gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de op 2 juni 2025 door verzoekster nagestuurde stukken en van de na de hoorzitting gewisselde stukken zijn op 15 augustus 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig

advies van 19 mei 2025 aanpassing behoeft. De commissie heeft het Zorginstituut hierbij ook gevraagd om te adviseren over de vraag of verzoekster aanspraak heeft op het geneesmiddel Palexia® in vloeibare vorm. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 september 2025 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft hierop, na verkregen uitstel, gereageerd bij e-mailberichten van 29 en 30 oktober 2025. Kopieën hiervan zijn op 14 november 2025 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Fit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster is vanwege diverse aandoeningen in België onder behandeling bij verschillende zorgaanbieders, gevestigd in Antwerpen, Bornem, Gent en Leuven. Voor het vervoer van haar woonplaats naar deze zorgaanbieders v.v. is zij aangewezen op zittend ziekenvervoer dan wel vervoer per ambulance.
- 2.3. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de behandelend neurochirurg van het AZ Rivierenland in Bornem, België, over verzoekster verklaard:

“Anamnese

Patiënte komt voor de eerste keer op raadpleging ikv chronische veralgemeende pijnproblematiek.

14/04/2009 aangereden door tractor

Sternumfractuur (7 jr gemist)

HP, moe, UWI, bekkenpijn

Nekklachten

Branderigheid over vele plaatsen in het lichaam.

Specifiek in het rechterbeen gaat de pijn over de bil en de lies de laterale zijde doorheen de kuit en

dan naar de grote teen.

Momenteel Palexia

Voor HP: meerdere producten geprobeerd.

Onderzoeken

MRI LSWK: oude discopathie L5/S1. Meest opvallend is een cysteuze structuur langsheen de S1-wortel. Nog net vrije L5-wortel rechts. Links foraminaal wat gecompriimeerd.

Bespreking/Besluit

Complexe problematiek van pijnklachten waarbij de hoofdpijn op dit moment het meest op de voorgrond staat. Zij ervaart ook vochtverlies langs de ogen. Er is geen reuk of smaak meer.

Voor zover terug te vinden is er nooit beeldvorming van het hoofd gebeurd. Een MRI hersenen is dan ook geïndiceerd de specifieke vraag naar CSF-lekkage, eerder dan een problematiek van intracraniele overdruk. Anderzijds [is] beschrijving van de klachten juist wel eerder passend bij een overdruksymptomatologie. Een duidelijke CSF hypotensie bij rechtop komen is niet (meer) aanwezig.

(...)”

Dezelfde arts heeft bij brief van 19 september 2024 over verzoekster verklaard:

“Op dit moment is de grootste klacht van patiënte het S1 radiculair syndroom rechtszijdig.

Als nevenklacht blijft een veralgemeende pijn met in hoofdzaak hoofdpijn en nekklachten.

(...)”

*Intussen gebeurde een MRI hersenen. Helaas op de terugweg van de MRI richting huis heeft de ambulance e[en] zwaar ongeval gehad waarbij patiënte met het hoofd tegen de wand is gebotst. Mijns inziens zijn hiervan toch klachten van een posttraumatisch stresssyndroom maar anderzijds mogelijk ook een commotio cerebri. Patiënte werd toen kort geëvalueerd op de spoedafdeling, maar er gebeurde geen beeldvorming. Anamnestic hebben [wij] ook geen reden om posttraumatisch intracranieel letsel te vermoeden.
(...)*

Bespreking/Besluit

Gezien de persisterende klacht van het rechterbeen welke voor patiënt het meest op de voorgrond

staat en we geen conservatieve maatregelen meer hebben, komt zij in aanmerking voor een vrijleggen van de zenuwwortel.

Omdat dit segment reeds aanleiding geeft tot zeer nauwe neuroforamina en reeds een L5 compressie aanwezig is, kan dit ook best mee gestabiliseerd worden. (...) Omdat er nog steeds twijfel bestaat omtrent de intracranieële druk stel ik voor tijdens de opname een lumbaalpunctie met drukmeting te verrichten.”

- 2.4. Bij brief van 28 november 2022 heeft de behandelend orthopedisch chirurg van het UZ Leuven, België, over verzoekster verklaard:

“Deze dame is op onze dienst bekend omwille van een complex rechter schouderprobleem waarvoor zij doorverwezen werd naar ons gespecialiseerd pijncentrum (Leuvens Algologisch Centrum) voor een multidisciplinaire opvang en behandeling.

Volgende diagnoses (niet exhaustief) werden bij haar gesteld:

- Beeld van chronisch wijdverspreide pijn met dominantie thv de rechter lichaamshelft en met uitgesproken centrale sensibilisatie.

- Posterieure sternoclaviculaire luxatie rechts (blijvende invaliderend) met secundaire overbelasting

linker bovenste lidmaat.

- Vasculaire, neurologische en musculaire schade bovenste lidmaat (spierdystrofie) met secundair

effect op thorax, schouders, rug, heup en voet (compensatie – overbelasting – houdingsverandering,

...).

- Osteoporose Lordose + scoliose waarvoor corset

- CRPS 1 (code 77)

- Posttraumatische reflex dystrofie (code 4970)

- Perifere zenuwschade met motorische uitval (code 70-78)

- Keloïd littekens

(...)”

- 2.5. Voor de onderzoeken en behandelingen die verzoekster in België bij de vier verschillende zorgaanbieders ondergaat, moet zij steeds vooraf een aanvraag indienen bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt deze aanvragen, eventueel nadat aanvullende informatie is opgevraagd.

- 2.6. Verzoekster is voor het vervoer naar de onderzoeken en behandelingen in België, en ook voor die in Nederland, aangewezen op zittend dan wel liggend ziekenvervoer. Sommige plaatsen waar zij bij een zorgaanbieder onder behandeling is, zijn op meer dan 200 km enkele reis verwijderd van haar woonplaats. Het zittend ziekenvervoer gaat doorgaans met een taxi en het liggend ziekenvervoer met een ambulance. Gezien de hieraan verbonden kosten en de reisafstand,

vraagt verzoekster telkens vooraf een akkoordverklaring aan de ziektekostenverzekeraar. De op 9 januari 2023 afgegeven akkoordverklaring geldt voor de periode 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023. De op 22 maart 2024 afgegeven akkoordverklaring geldt voor de periode van 22 maart 2024 tot en met 21 maart 2025.

- 2.7. Verzoekster heeft vergoeding gevraagd voor de kosten die haar zoon heeft moeten maken voor het zittend ziekenvervoer op 26 december 2023, toen de geplande rit door de taxicentrale werd geannuleerd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster vergoedingen van € 294,52 en € 151,24 toegekend. Zij is hierover geïnformeerd bij twee brieven van 15 januari 2024. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd deze beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 9 februari 2024 aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.8. Bij brief van 19 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat sprake is van onnodige vertraging, veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar, bij het afhandelen van de aanvragen voor zittend ziekenvervoer dan wel vervoer per ambulance, en de behandelingen. Daarnaast heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat zij te veel eigen bijdrage heeft betaald voor vervoer en geneesmiddelen, en dat zij te veel eigen risico heeft betaald. Ook moeten de kosten die zij heeft gedeclareerd in verband met het vervoer, dat op 26 december 2023 door haar zoon is verzorgd, volledig worden vergoed. Aanvullend heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat zij aanspraak heeft op het geneesmiddel Palexia® in vloeibare vorm.
- 3.2. Verzoekster heeft op het aanvraagformulier voor vervoer per ambulance van 1 maart 2024 vermeld dat zij kampt met Tarlov cystes, het verlies van hersenvocht, en problemen met haar schouder, rug (L4/S1) en rechterheup. Op het klachtenformulier van 19 maart 2024 heeft zij vermeld dat zij ook last heeft van zware migraineaanvallen en vermoeidheid. Hierbij heeft zij toegelicht dat zij in 2009 een zeer ernstig auto-ongeluk heeft gehad en sindsdien medische klachten ondervindt. In haar e-mailbericht van 10 december 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster verklaard dat hierbij de eerste rib was gebroken, maar dat dit toen door het ziekenhuis over het hoofd is gezien. Deze breuk is pas in 2013 ontdekt in een ander ziekenhuis. Een tweede breuk werd nog later ontdekt in het LUMC. In Nederland kan zij niet worden behandeld omdat hier onvoldoende kennis is.

Afhandeling van de aanvragen voor vervoer en onderzoeken/behandelingen

- 3.3. Verzoekster heeft in haar brief van 3 januari 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat zij de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk houdt voor de structurele vertraging bij de afhandeling van haar aanvragen voor medisch specialistische zorg en medisch vervoer met zowel taxi als ambulance. Hierdoor moesten volgens haar verschillende keren noodzakelijke onderzoeken en behandelingen worden uitgesteld, waardoor haar medische situatie ernstig achteruit is gegaan. De vertragingen zijn volgens verzoekster veroorzaakt doordat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende expertise heeft om haar medische situatie te beoordelen. Daarbij moet zij steeds opnieuw uitleggen waarom de onderzoeken en behandelingen noodzakelijk zijn. Het aanstellen van een vaste contactpersoon heeft niet geleid tot verbetering.

Vervoer verzorgd door de zoon van verzoekster

- 3.4. Verzoekster maakt tevens bezwaar tegen de hoogte van de vergoeding voor het vervoer dat op 26 december 2023 heeft plaatsgevonden. Dit vervoer is verzorgd door haar zoon. Haar zoon heeft in zijn brief van 31 januari 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, de situatie toegelicht. Verzoekster had op 26 december 2023 een afspraak in het UZ-Gent, en had hiervoor vervoer per taxi geregeld. De taxicentrale heeft echter op 25 december 2023 de afspraak via een Whatsapp-bericht geannuleerd. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met haar zoon. Deze heeft eerst geprobeerd telefonisch contact te krijgen met de taxicentrale, maar die bleek niet bereikbaar. De afspraak van verzoekster in het UZ-Gent was zeer urgent en kon niet worden afgezegd. Daarom heeft haar zoon zijn afspraken voor 26 december 2023 geannuleerd en heeft hij verzoekster naar Gent gereden. Ná 26 december 2023 is hierover telefonisch contact geweest met 'klachten operations' en toen is gezegd dat alle onkosten en ongemakken zouden worden vergoed.

Verzoekster vordert de volgende kosten:

- kosten benzine op 25-12-2023 (voorbereiding Gent) = € 58,31
- kosten benzine op 26-12-2023 tijdens de rit = € 94,15
- parkeerkosten UZ-Gent = € 3,50
- jerrycan benzine 10 liter = € 18,99
- kosten eten onderweg = € 17,30
- kosten drinken onderweg = € 6,--
- annulering etentje zoon verzoekster op 26-12-2023: € 300,--
- kilometervergoeding woonplaats zoon naar woonplaats verzoekster = € 51,09
- kilometervergoeding woonplaats verzoekster naar UZ-Gent = € 163,80
- kilometervergoeding UZ-Gent naar woonplaats verzoekster = € 163,80
- kilometervergoeding woonplaats verzoekster naar woonplaats zoon = € 51,09

De vordering bedraagt aldus in totaal € 928,03. De ziektekostenverzekeraar heeft echter maar een deel hiervan vergoed.

Betaalde eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer en geneesmiddelen

- 3.5. Verzoekster heeft bij brief van 1 augustus 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verzocht om een overzicht van alle berekende eigen bijdragen. Volgens verzoekster worden bij haar al vanaf 2009 ten onrechte eigen bijdragen in rekening gebracht. In haar brief van 3 januari 2025 heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar te veel aan eigen bijdragen heeft berekend, of dat hij deze ten onrechte heeft verrekend met verleende vergoedingen, aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding hiervan.

Palexia® in vloeibare vorm

- 3.6. Verzoekster heeft op 2 juni 2025 aanvullende stukken aan de commissie gezonden, waaronder de beslissing en heroverweging betreffende de afwijzing van Palexia® in vloeibare vorm. Verzoekster voert aan dat zij dit middel in deze vorm nodig heeft en dat dit wordt onderschreven door de huisarts en de logopedist.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling op het voorgaande aangevoerd dat tijdens één van de ritten per ambulance, van België naar huis, een aanrijding heeft gehad. Zij is na dit ongeval vervoerd naar een Nederlands ziekenhuis, maar hier is niet goed naar haar fysieke klachten gekeken. Alle kosten die samenhangen met de fysieke klachten die zijn veroorzaakt door het ongeval en doordat het ziekenhuis onvoldoende onderzoek heeft gedaan, moeten volgens verzoekster worden afgehandeld door de afdeling Verhaalszaken van de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster heeft verder toegelicht dat zij slikproblemen heeft, waardoor zij Palexia® in tabletvorm niet kan innemen. Zij is om die reden aangewezen op Palexia® in vloeibare vorm. Verzoekster betaalt het eigen risico in delen per maand. Zij heeft echter gezien dat de ziektekostenverzekeraar ook € 385,-- extra berekent. Technisch gezien betaalt zij dus twee keer € 385,-- per jaar.

Verzoekster heeft ter zitting nogmaals benadrukt dat zij is aangewezen op de zorg in België, omdat in Nederland de benodigde expertise ontbreekt.

Verder heeft verzoekster herhaald dat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar moeizaam verloopt. Volgens haar is sprake van miscommunicatie en wordt dit vooral veroorzaakt doordat er verschillende afdelingen binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar zijn betrokken.

- 3.8. Verzoekster heeft bij brief van 12 augustus 2025 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli 2025. Verzoekster stelt dat zij contact heeft gehad met het GVS en dat deze haar heeft meegedeeld dat als een huisarts of medisch specialist een geneesmiddel voorschrijft, de ziektekostenverzekeraar zich hieraan dient te houden. Verzoekster merkt op dat zij nog nooit een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Verder stelt zij dat de afdeling Verhaalszaken van de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is en stelt zij dat alle kosten van deze procedure moeten worden verhaald op de verzekeraar van de wederpartij (van het ongeluk met de ambulance). De afdeling Verhaalszaken is gemachtigd en voor verdere 'situaties' kan worden gereageerd naar haar advocaat. Ten aanzien van het vervoer merkt verzoekster op dat het vervoer per ambulance betreft.
- 3.9. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 29 en 30 oktober 2025 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Zij merkt op dat Palexia® in vloeibare vorm inderdaad niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Echter, na telefonisch onderhoud met het GVS is de conclusie dat als iemand een aanvullende ziektekostenverzekering heeft, de kosten van dit geneesmiddel volledig worden vergoed. Palexia® in vloeibare vorm is in Nederland geregistreerd. Verzoekster licht toe dat haar slikproblemen worden veroorzaakt door 'noduli' bij de schildklier, die tegen haar stembanden drukken. Verder heeft verzoekster haar medische klachten herhaald. Ter aanvulling merkt zij op dat het Zorginstituut geen medische kennis van zaken heeft. Alle gegevens zij bekend bij haar advocaat.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

Afhandeling van de aanvragen voor vervoer en onderzoeken/behandelingen

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 juli 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen (hierna: de Ombudsman), toegelicht dat het niet mogelijk is om vooraf een doorlopende akkoordverklaring te geven voor het ziekenvervoer naar zorgaanbieders op meer dan 200 kilometer afstand vanaf het huisadres van verzoekster. Er moet namelijk worden beoordeeld of de zorg die plaatsvindt bij een zorgaanbieder op een dergelijke afstand van het huisadres doelmatig is. Dit is het geval als de onderzoeken en behandelingen niet dicht bij het huisadres kunnen plaatsvinden. In het geval van verzoekster is volgens de ziektekostenverzekeraar nog niet duidelijk welke behandelingen zullen worden uitgevoerd. Tot nu toe was alleen sprake van consulten en onderzoeken. Daarnaast is gebleken dat niet iedere vervoersaanvraag betrekking heeft op dezelfde indicatie. Ook voor de onderzoeken en behandelingen in het buitenland dient verzoekster voorafgaand een aanvraag in te dienen, zodat kan worden beoordeeld of sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat liggend ziekenvervoer vanwege de gestelde indicatie weliswaar is geïndiceerd, maar dat dit niet betekent dat iedere rit afzonderlijk voor vergoeding in aanmerking komt.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit voor verzoekster onhandig is en dat zij behoefte heeft aan duidelijkheid. Daarom heeft hij voorgesteld dat verzoekster voor vragen op deze punten contact opneemt met de afdeling Medische Beoordelingen Buitenland.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij probeert om een aanvraag binnen tien werkdagen af te handelen. Soms kan het echter langer duren voordat een aanvraag is beoordeeld.
- Voor vergoeding van zittend ziekenvervoer op grond van de hardheidsclausule dient op basis van de geplande ritten te worden berekend of hierop aanspraak bestaat. Als niet duidelijk is wanneer en hoeveel ritten zullen plaatsvinden, of als niet duidelijk is dat de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, kan de hardheidsclausule niet op voorhand worden berekend en moet de aanvraag worden afgewezen. Betrokkene kan echter achteraf opnieuw een aanvraag indienen, waarna wordt beoordeeld of is voldaan aan de hardheidsclausule. Het is dan ook niet ongebruikelijk dat iemand de kosten van het vervoer dient voor te schieten. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteraard wel begrip voor de financiële impact hiervan en het is hem duidelijk dat dit kan leiden tot vervelende situaties wanneer het doorgaan van een behandeling afhankelijk is van de vergoeding van de vervoerskosten.

Vervoer verzorgd door de zoon van verzoekster

- 4.3. Ten aanzien van het vervoer op 26 december 2023 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster alleen aanspraak heeft op de reiskosten die zij zelf heeft moeten maken. Hierbij wordt uitsluitend een kilometervergoeding toegekend voor de ritten waarbij zij in de auto aanwezig was. Andere kosten zoals tankkosten, parkeerkosten, benzine, eten, drinken en annuleringskosten worden niet vergoed. In totaal is voor dit vervoer een bedrag van € 445,75 vergoed.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 1 juli 2024 telefonisch gesproken. Hieruit is gebleken dat haar bejegeningssklacht vooral te maken heeft met het feit dat zij kampt met een complexe medische situatie. Het is duidelijk dat verzoekster er alles aan doet om weer te herstellen, maar hierbij loopt zij tegen verschillende muren in de zorg op. Dit leidt tot de nodige frustratie. Voor de opmerking van een medewerker tijdens een eerder telefoongesprek, die niet in goede aarde is gevallen, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 augustus 2024, gericht aan de Ombudsman, gereageerd op het uitblijven van een akkoordverklaring. Op 25 juni 2024 en 4 juli 2024 zijn schriftelijk aanvullende vragen gesteld over de voorgenomen behandelingen en ritten. De ziektekostenverzekeraar zou graag alsnog een duidelijk overzicht ontvangen van de behandellocatie(s), de voorgenomen behandeling(en) en de bijbehorende medische indicatie(s), ondertekend door de behandelend medisch specialist. Hoewel door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar reeds beschikt over alle benodigde informatie, zijn de ingevulde aanvraagformulieren volgens de ziektekostenverzekeraar onoverzichtelijk, waardoor hieruit niet kan worden afgeleid welke instelling of behandeling verband houdt met de gestelde indicatie en welke zorg daar gaat plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 september 2024, gericht aan de Ombudsman, meegedeeld dat de medisch adviseur op 26 september 2024 akkoord heeft gegeven voor de aangevraagde behandeling. Daarnaast is een akkoordverklaring afgegeven voor het liggend ziekenvervoer op 20 november 2024.

Betaalde eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer en geneesmiddelen

- 4.5. Hoewel door verzoekster is aangevoerd dat bij haar ten onrechte eigen bijdragen in rekening zijn gebracht, is dit door haar niet onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht – teruggaand tot 2016 - meegestuurd van de gedeclareerde ritten, inclusief de in rekening gebrachte en vergoede eigen bijdragen. Hieruit blijkt dat er altijd een vergoeding heeft plaatsgevonden voor de eigen bijdrage voor het zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 oktober 2024, gericht aan de Ombudsman, toegelicht dat voor

sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage geldt. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster biedt hiervoor geen dekking. De eigen bijdrage voor de geneesmiddelen is correct bij haar in rekening gebracht. De wettelijke eigen bijdrage bedraagt maximaal € 250,-- per persoon per kalenderjaar, zoals ook is vermeld in artikel B.15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.6. De gedeclareerde nota voor vervoer op 6 maart 2024 is in eerste instantie afgewezen, omdat op het moment van indienen nog geen akkoordverklaring voor vervoer per eigen vervoer was afgegeven. Later zijn deze kosten alsnog uit coulance vergoed. In reactie op het door verzoekster toegestuurd overzicht van kosten uit 2021 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit het overzicht blijkt dat de gedeclareerde kosten volledig zijn vergoed, met uitzondering van bedragen van € 1,-- en € 8,64. De reden van afwijzing van het laatste bedrag kan de ziektekostenverzekeraar niet meer achterhalen, omdat de indieningstermijn van drie jaren is verstreken. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten beide bedragen alsnog uit coulance te vergoeden.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 november 2024, gericht aan de Ombudsman, toegelicht dat de aangewezen contactpersoon bij de afdeling Medische Beoordelingen verzoekster alleen kan adviseren over zaken die binnen haar aandachtsgebied liggen. De bedrijfsprocessen van de ziektekostenverzekeraar zijn erop ingericht efficiënt en gespecialiseerd advies te bieden. Daarom is het, gezien de uiteenlopende aard van de vragen van verzoekster, niet mogelijk al deze onderwerpen te centraliseren bij één medewerker.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 7 april 2025, gericht aan de commissie, betwist dat hij de aanvraagprocedure onnodig vertraagt. Hierbij is het onduidelijk of verzoekster verwijst naar een specifiek dossier of dit in meer algemene zin stelt. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster zich veelvuldig beroept op vergoeding van het zittend ziekenvervoer in het kader van de hardheidsclausule. De voorwaarden voor vergoeding op basis hiervan zijn opgenomen in artikel B.18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling X aantal behandelingen per week X 52/12 (aantal weken per jaar) X aantal kilometers enkele reis X 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bestaat aanspraak op vergoeding van het zittend ziekenvervoer. De aanvragen van verzoekster gaven onvoldoende inzicht, waardoor voornoemde berekening niet mogelijk was. Om deze reden heeft de ziektekostenverzekeraar steeds opnieuw aanvullende informatie opgevraagd. De ziektekostenverzekeraar betwist dan ook dat sprake is van vertraging, laat staan onnodige vertraging zijnerzijds. Als een aanvraag compleet en navolgbaar is, en voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering, wordt deze zonder aanvullende vragen goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar kan voorts de stelling van verzoekster, dat zij behandelingen heeft moeten uitstellen omdat zij geen akkoordverklaring had gekregen voor zittend ziekenvervoer, niet plaatsen. De akkoordverklaring heeft immers uitsluitend betrekking op de vergoeding van het zittend ziekenvervoer. De behandeling en het vervoer kunnen ook zonder akkoordverklaring plaatsvinden, en de kosten hiervan kunnen eventueel achteraf worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen causaal verband tussen de gestelde vertraging en de vermeende schade. Evenmin wordt concreet beschreven welke schade verzoekster heeft geleden.
- 4.9. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat zij te veel eigen bijdrage heeft betaald, merkt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 7 april 2025 op dat hij dit niet kan plaatsen. Verzoekster heeft enerzijds haar stelling niet onderbouwd en anderzijds heeft zij geen bewijs overgelegd waaruit blijkt dat de eigen bijdrage inderdaad onterecht in rekening is gebracht. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar zijn toelichting in de brief van 23 oktober 2024, gericht aan de Ombudsman. Hij vindt het onredelijk om alle in rekening gebrachte eigen bijdragen opnieuw te beoordelen of te controleren, zonder dat duidelijk wordt gemaakt wanneer en met welk bedrag een eigen bijdrage volgens verzoekster onterecht in rekening zou zijn gebracht. Ten aanzien van

de door verzoekster toegevoegde opmerkingen bij het betalingsoverzicht van 2 januari 2025 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het door haar vermelde bedrag van € 186,55 ziet op de op dat moment nog niet betaalde premie van € 161,35 en € 25,20.

- 4.10. Met betrekking tot het vervoer op 26 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster alleen aanspraak heeft op de reiskosten die zij zelf heeft moeten maken. Kosten die derden hebben moeten maken om haar te ondersteunen bij haar zorgvraag vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij eerder al heeft besloten de gedeclareerde kilometers te vergoeden op basis van € 0,39 per kilometer. Er is ter zake een bedrag van € 445,76 vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding een aanvullende vergoeding toe te kennen, aangezien de overige gevorderde kosten niet direct verband houden met de geannuleerde rit en buiten de vergoeding vallen.
- 4.11. De ziektekostenverzekeraar betreurt de situatie van verzoekster en begrijpt dat de afhandeling van haar aanvragen en verzoeken niet is verlopen zoals zij had gehoopt. Mede gezien haar medische situatie kan dit begrijpelijkerwijs tot frustratie leiden. Het is duidelijk dat verzoekster zich in een kwetsbare positie bevindt, waarbij de behandeling verspreid over meerdere ziekenhuizen geschiedt. Op voorhand is echter niet bekend hoeveel ritten nodig zijn en waar de behandelingen exact zullen plaatsvinden. Om die reden is, op basis van de medische informatie in het dossier, besloten om verzoekster in aanmerking te laten komen voor een akkoordverklaring voor liggend ziekenvervoer. De akkoordverklaring wordt verstrekt zodra bekend is op welke datum het vervoer moet plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd om verzoekster zoveel mogelijk te ontzorgen door een vast intern aanspreekpunt aan te wijzen. Helaas blijkt deze werkwijze voor verzoekster in de praktijk geen passende oplossing te zijn.
- 4.12. Gevraagd naar de eventuele verstrekking van een S2-formulier heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit formulier alleen van toepassing is bij geplande zorg in het buitenland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is in de situatie van verzoekster echter niet duidelijk om welke behandeling het gaat en waar deze zal worden uitgevoerd. Verzoekster is onder behandeling bij verschillende zorginstellingen en ondergaat daar diverse behandelingen. Vooralsnog is niet duidelijk welke behandelingen worden uitgevoerd en in welke instellingen, en of deze mogelijk vallen onder een contract.
- 4.13. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangetekend dat enerzijds een beroep wordt gedaan op zittend ziekenvervoer, maar anderzijds wordt gesteld dat het ambulancevervoer betreft. Daarnaast moet worden beoordeeld of verzoekster voldoet aan de hardheidsclausule, waarbij wordt gekeken naar het aantal ritten. Op basis van de informatie die is overgelegd is geen goede beoordeling mogelijk. Ten aanzien van het door verzoekster gestelde over het eigen risico, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij al eerder heeft gezegd dat hij dit graag op papier toegelicht wil zien. Hij kan uit de gegevens in zijn administratie niet opmaken dat er verkeerde bedragen in rekening zijn gebracht.

Vergoeding Palexia® in vloeibare vorm

Daarnaar door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van het geneesmiddel Palexia® verklaard dat hij ter voorbereiding van de hoorzitting hier niet inhoudelijk en diepgaand naar heeft gekeken. Palexia® in vloeibare vorm is niet opgenomen in het GVS. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dat hij intern zal nagaan of vergoeding kan worden verleend als gebruik van het geneesmiddel in de reguliere toedieningsvorm niet mogelijk is. Hij zal de commissie hierover binnen twee weken informeren.

4.14. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 juli 2025 aan de commissie meegedeeld dat de vloeibare variant van Palexia® niet is opgenomen in het GVS. Dit betekent dat dit medicijn in principe niet voor vergoeding in aanmerking komt. In uitzonderlijke gevallen kunnen ook niet-geregistreerde of bijzondere geneesmiddelen worden vergoed, mits sprake is van rationele farmacotherapie. Dit houdt in dat het gaat om de meest geschikte vorm voor de verzekerde, met bewezen werkzaamheid en effectiviteit, en dat het middel het meest economisch is voor de zorgverzekering. Het is echter niet uitgesloten dat verzoekster uitkomt met alternatieven die wél zijn opgenomen in het GVS, zoals drankvormen of smelttabletten.

4.15. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het helaas niet mogelijk is om een vaste klantcoördinator toe te wijzen aan verzoekster. Daarnaast is intern afgesteld dat de ziektekostenverzekeraar bij vervolgaanvragen een toestemmingsverklaring zal opvragen bij verzoekster. Hierdoor kan hij zelf contact opnemen met de betrokken zorgverleners wanneer informatie ontbreekt in de aanvraag. Tot slot zal de ziektekostenverzekeraar uit coulance akkoord gaan met toepassing van de hardheidsclausule tot eind 2025, ook zonder dat er vooraf een duidelijke aanvraag is ingediend. Zo is het vervoer van verzoekster tot eind van het jaar gewaarborgd, en heeft zij voldoende tijd om haar vervolgaanvraag voor 2026 voor te bereiden.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 19 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Adviestaak van het Zorginstituut

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering.

Factoren zoals organisatie en uitvoering van de zorg, (snelheid van) afhandelingen van aanvragen door een zorgverzekeraar, hoogtes van vergoedingen, aanvullende verzekeringen, afhandeling van klachten door een zorgverzekeraar, coulance, vragen over aansprakelijkheid, e.a., vallen buiten de reikwijdte van de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Ook de vergoeding van de eigen bijdrage vanuit de aanvullende verzekering valt buiten de adviesbevoegdheid. Door de geneesmiddelen te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster hier redelijkerwijs op aangewezen was.

Het Zorginstituut heeft dan ook geen adviestaak ten aanzien van de vraag of de eigen bijdrage voor afgenomen geneesmiddelen en het vervoer rechtmatig in rekening is gebracht bij verzoekster.

Aanspraak Zvw-vervoer

Voor wat betreft de vraag of verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van vervoer per ambulance (artikel 2.13 van het Bzv) respectievelijk ziekenvervoer (artikel 2.14 van het Bzv), kan uit de voorliggende gegevens opgemaakt worden dat verweerder akkoordverklaringen heeft afgegeven aan verzoekster voor vergoeding van vervoer op grond van de hardheidsclausule en dat ook toestemming is verleend voor vervoer verder dan 200 km van het huisadres van verzoekster, inclusief het vervoer naar en van de Belgische behandelcentra. Het Zorginstituut kan zich vinden in het standpunt van verweerder dat kosten die zijn gemaakt tijdens of als gevolg van het vervoer, zoals kosten voor de benzine, parkeerkosten, kosten voor

maaltijden onderweg, niet vallen onder de te verzekeren prestatie. Er is geen wettelijke grondslag voor vergoeding van dergelijke kosten.

Conclusie

Uit het voorliggende dossier kan geconcludeerd worden dat er geen wettelijke grondslag is voor vergoeding van de door verzoekster gemaakte kosten als gevolg van het geannuleerde vervoer per taxi dan vergoeding van het vervoer op zich.”

- 5.2. In het definitief advies van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen. Ten aanzien van het geschil omtrent het ziekenvervoer merkt het Zorginstituut op dat uit het verslag vergoeding geen feiten of omstandigheden naar voren komen die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt ten aanzien van dit punt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Uit de brief horende bij het hoorzittingsverslag, gedateerd op 15 augustus 2025, blijkt dat tijdens de zitting met partijen is afgesproken dat vergoeding van het geneesmiddel tapentadol in vloeibare vorm (onder de merknaam Palexia®) onderdeel wordt van het geschil. U verzoekt het Zorginstituut om te beoordelen of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van tapentadol in vloeibare vorm. Tapentadol is een sterke pijnstiller voor hevige chronische pijn.

*Het vervolg van dit advies ziet uitsluitend op de beoordeling van tapentadol in vloeibare vorm.
(...)*

Beoordeling

Ten aanzien van het geschil omtrent de vergoeding van tapentadol in vloeibare vorm heeft het Zorginstituut de aanvullende informatie in het dossier farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

GVS

Tapentadol in vloeibare vorm is niet opgenomen in het GVS. Op grond hiervan komt de vloeibare vorm van tapentadol niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Import

De vloeibare variant van tapentadol is wel geregistreerd in Nederland onder de merknaam Palexia®3, maar is niet in de handel in Nederland. Het middel is niet opgenomen in de zogenoemde G-Standaard van de Z-index. De G-Standaard bevat relevante gegevens over zorgproducten die verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen. Een geneesmiddel dat niet is opgenomen in de G-Standaard, is niet verkrijgbaar in Nederland en zal moeten worden geïmporteerd. Tapentadol in vloeibare vorm is in de handel in een ander lidstaat.

Zeldzaamheidscriterium

Uit het dossier blijkt dat verzoekster lijdt aan chronische pijn door eerdere ongevallen, waarvoor de huisarts tapentadol in vloeibare vorm heeft voorgeschreven. Hoewel verzoekster diverse pijnklachten ervaart, is chronische pijn op zichzelf geen zeldzame ziekte: één op de vier volwassen Nederlanders lijdt aan chronische pijn. Het betreft dan ook geen ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners. Verzoekster voldoet hiermee evenmin aan het zeldzaamheidscriterium voor import van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Nu verzoekster niet aan het zeldzaamheidscriterium voldoet, wordt niet meer aan de vraag toegekomen of er sprake is van rationele farmacotherapie.

Het standpunt van verzoekster dat als een specialist of huisarts een geneesmiddel wegens slikproblemen heeft voorgeschreven de zorgverzekeraar dat middel moet vergoeden is onjuist omdat niet voldaan is aan de wettelijke criteria voor farmaceutische zorg. Die criteria gelden ook als het middel is voorgeschreven door een specialist of een huisarts wegens slikproblemen. Tapentadol in vloeibare vorm hoeft dan ook niet door verweerder te worden vergoed.

Conclusie

Ten aanzien van de vergoeding van tapentadol in vloeibare vorm concludeert het Zorginstituut dat deze niet in het GVS is opgenomen. Daarnaast voldoet verzoekster niet aan het zeldzaamheids-criterium voor import van een geneesmiddel dat niet in Nederland in de handel is. Verzoekster komt dan ook niet in aanmerking voor vergoeding van tapentadol in de vloeibare vorm vanuit de aanspraak farmaceutische zorg.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, zittend ziekenvervoer, vervoer per ambulance, geneesmiddelen, de eigen bijdragen en het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

Medisch specialistische zorg

- 7.2. Verzoekster is eerder naar België gegaan om daar zorg af te nemen bij verschillende zorgaanbieders. Zij wenst ook in de toekomst onderzoeken en behandelingen bij deze zorgaanbieders te ondergaan. In dat geval is sprake van zorg in een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, met name de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004.
In artikel 20 van deze verordening is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Voor zover de commissie kan overzien is op dit moment geen sprake van afgewezen of lopende aanvragen voor onderzoeken en behandelingen in België. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat indien dit aan de orde is, hij zal beoordelen of het verzekerde zorg betreft waarop

verzoekster redelijkerwijs is aangewezen en of deze zorg ook doelmatig is. Tevens zal hij nagaan of het zorg betreft waarvoor de Belgische zorgaanbieder door hem is gecontracteerd. Afhankelijk van de uitkomst van een en ander kan hij besluiten een zogenoemd S2-formulier af te geven. Indien de toestemming op grond van de verordening wordt geweigerd omdat de verzekerde zorg binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is – zie voorwaarden (ii) uit artikel 20 – geldt het volgende met betrekking tot de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel B2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Medisch specialistische zorg is geregeld in artikel B4. In artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een gecontracteerde zorgaanbieder, in het geval dit zo is vastgesteld in de overeenkomst, namens de ziektekostenverzekeraar kan beoordelen of betrokkene voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding of zo nodig een akkoordverklaring kan afgeven.
- De ziekenhuizen in Antwerpen en Gent zijn door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, waarbij echter – door ontbreken van informatie hierover – niet kan worden vastgesteld of de zorg die verzoekster daar te zijner tijd zal ondergaan ook onder de contractafspraken valt. De ziekenhuizen in Bornem en Leuven zijn niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Voor onderzoeken en behandelingen in deze ziekenhuizen moet dus voorafgaand een – onderbouwde en volledige - aanvraag worden ingediend. Een zodanige aanvraag kan dan ook worden beoordeeld in het licht van Verordening (EG) nr. 883/2004.
- 7.5. Verzoekster verwijt de ziektekostenverzekeraar dat hij eerder te veel tijd nodig had om de aanvragen voor onderzoeken en behandelingen te beoordelen. De commissie overweegt dat op basis van de informatie in het dossier die conclusie niet kan worden getrokken. Verzoekster heeft niet gespecificeerd om welke aanvra(a)g(en) het hierbij gaat. Daarnaast bevat het dossier slechts enkele aanvragen voor een behandeling en maar één beslissing waarmee toestemming wordt verleend voor een behandeling.
- De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 juli 2025 toegezegd bij toekomstige onduidelijkheden bij aanvragen een toestemmingsverklaring op te vragen bij verzoekster, waarmee hij dan de ontbrekende informatie rechtstreeks kan opvragen bij zorgaanbieders.

Zittend en liggend ziekenvervoer

- 7.6. De aanspraak op zittend ziekenvervoer en vervoer per ambulance is geregeld in artikel B18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder is hierin – voor zover hier relevant – bepaald dat het moet gaan om vervoer naar of van een instelling waar zorg wordt verleend die valt onder de zorgverzekering, de Jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wet langdurige zorg. Daarnaast is een beperking tot maximaal 200 km enkele reis opgenomen. Deze beperking geldt niet als betrokkene van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand.
- 7.7. Verzoekster is aangewezen op ziekenvervoer; in eerste instantie op zittend ziekenvervoer en sinds 2024 op vervoer per ambulance. Dit is tussen partijen niet (meer) in geschil. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat het ziekenvervoer per keer moet worden beoordeeld, omdat moet vaststaan dat de daaraan gekoppelde behandeling ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Daarnaast moet worden beoordeeld of het doelmatig is dat de zorg plaatsvindt bij een zorgaanbieder die is gevestigd op meer dan 200 kilometer van het woonadres van verzoekster.
- 7.8. De commissie overweegt dat op basis van de informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar te veel tijd nodig heeft gehad voor de beoordeling van het aangevraagde vervoer of dat hij onnodig informatie heeft opgevraagd. In het dossier bevinden zich enkele aanvragen. Uit deze aanvragen blijkt niet voor welke indicatie verzoekster

onder behandeling is bij welke zorgaanbieder. Zo noemt verzoekster bijvoorbeeld in de aanvraag van 1 maart 2024 verschillende indicaties en twee verschillende ziekenhuizen. De aanvraag is op 14 maart 2024 afgewezen, omdat er te weinig informatie bekend was. Op 22 maart 2024 wordt alsnog een akkoordverklaring voor de duur van één jaar verleend voor een aantal zorgaanbieders, waaronder één ziekenhuis in België, te weten het ziekenhuis te Gent. Op 13 juni 2024 is een akkoordverklaring afgegeven voor vervoer per ambulance naar het ziekenhuis te Bornem. De onderliggende aanvraag bevindt zich evenwel niet in het dossier.

De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar voor het zittend ziekenvervoer naar en van het UZ Gent een akkoordverklaring heeft afgegeven over de periode van 22 maart 2024 tot en met 21 maart 2025. De commissie gaat daarom ervan uit dat verzoekster voor de ritten naar en van het ziekenhuis te Gent, vallend binnen de gemachtigde periode en verband houdend met de behandeling daar, geen aparte aanvraag meer hoeft in te dienen.

Voor het vervoer naar en van de andere zorgaanbieders in België zal verzoekster wel steeds apart een aanvraag moeten indienen om te laten beoordelen of het vervoer voor vergoeding in aanmerking komt, omdat dit samenhangt met het onderzoek of de behandeling die zij daar zal ondergaan.

- 7.9. Alles overwegende concludeert de commissie dat de behandeling van de aanvragen voor het zittend ziekenvervoer en het vervoer per ambulance weliswaar niet vlekkeloos is verlopen, maar dat de schuld hiervan niet volledig bij de ziektekostenverzekeraar of verzoekster kan worden gelegd. Er is sprake van een complexe situatie voor zowel de ziektekostenverzekeraar als verzoekster. In zijn brief van 16 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd uit coulance tot eind 2025 akkoord te gaan met toepassing van de hardheidsclausule. Een dergelijke coulancebeslissing is aan de ziektekostenverzekeraar en de commissie zal hierin verder niet treden.

Vervoer op 26 december 2023 verzorgd door de zoon van verzoekster

- 7.10. Verzoekster vordert volledige vergoeding van de kosten die samenhangen met het vervoer naar het UZ Gent dat op 26 december 2023 heeft plaatsgevonden en is verzorgd door haar zoon. De commissie overweegt dat op grond van artikel B18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer per taxi of auto over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij betrokkene een akkoordverklaring heeft van de ziektekostenverzekeraar voor het reizen over een grotere afstand. Het vervoer bedroeg meer dan 200 kilometer enkele reis en verzoekster had hiervoor een machtiging. Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer. De ritlengte wordt op grond van voornoemd artikel bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet, op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Invoering van de betreffende postcodes op voornoemde routeplanner geeft een afstand van 393 kilometer enkele reis. Voor de gemaakte retourrit komt dit uit op $393 \times 2 \times € 0,37 = € 290,82$. Er is € 294,52 vergoed. Hiermee is aan verzoekster ten minste de vergoeding verleend waarop zij ten laste van de zorgverzekering aanspraak had. Het is de commissie niet bekend waardoor het verschil wordt veroorzaakt.

Verzoekster vordert daarnaast de kosten van benzine, inclusief een jerrycan met 10 liter benzine, parkeerkosten, kosten van eten en drinken onderweg, en de kosten van annulering van een etentje van haar zoon. De commissie concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding hiervan en overweegt daartoe het volgende. De kosten van de benzine zijn al opgenomen in de vergoeding per gereden kilometer. Op grond van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van de overige, gevorderde kosten. Dat het taxibedrijf door ziekte van de chauffeur de geplande rit niet kon verzorgen, maakt dit niet anders. Verzoekster heeft nog gesteld dat telefonisch door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat zij alle kosten kon declareren. De commissie is echter niet gebleken dat door de ziektekostenverzekeraar een eenduidige en ongeclausuleerde toezegging tot volledige vergoeding is gedaan.

Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

- 7.11. Voor zittend ziekenvervoer gold in 2023 een eigen bijdrage van € 113,-- per kalenderjaar. In 2024 bedroeg de eigen bijdrage € 118,-- per kalenderjaar. Dit is geregeld in artikel B18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar teveel aan eigen bijdrage in rekening heeft gebracht dan wel heeft verrekend. Zij heeft haar stelling echter niet onderbouwd. Ook anderszins is de commissie niet gebleken dat bij haar te veel eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer in rekening is gebracht.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

- 7.12. Artikel B.15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op geneesmiddelen. Verzoekster gebruikt de geneesmiddelen Palexia® retard mva 150 mg en Nifedipine cf capsule 10 mg. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 23 oktober 2024 blijkt dat hiervoor een eigen bijdrage in rekening wordt gebracht van € 38,63 respectievelijk € 2,63. De commissie overweegt dat voor een aantal geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage geldt. Deze is gemaximeerd tot € 250,- per kalenderjaar. Uit de informatie op www.medicijnkosten.nl blijkt dat ook voor de geneesmiddelen Palexia® retard mva 150 mg en Nifedipine cf capsule 10 mg een eigen bijdrage van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar heeft dus terecht de eigen bijdrage bij verzoekster in rekening gebracht.

Eigen risico

- 7.13. Verzoekster heeft daarnaast gesteld dat de ziektekostenverzekeraar het verplichte eigen risico van € 385,-- dubbel bij haar in rekening heeft gebracht. Zij heeft haar stelling echter niet nader onderbouwd. Ook anderszins is de commissie niet gebleken dat bij haar het verplichte eigen risico dubbel in rekening is gebracht.

Vergoeding Palexia® in vloeibare vorm

- 7.14. Verzoekster heeft op 2 juni 2025 ook bezwaar gemaakt tegen het door de ziektekostenverzekeraar niet vergoeden van het geneesmiddel Palexia® in vloeibare vorm. Ter zitting zijn partijen overeengekomen dat de beoordeling van dit geneesmiddel ook deel uitmaakt van de onderhavige procedure. Het geneesmiddel Palexia® in vloeibare vorm is niet opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Onder voorwaarden kan aanspraak bestaan op een niet door de minister aangewezen en in het GVS opgenomen geneesmiddel. Hieronder vallen ook importgeneesmiddelen. Palexia® in vloeibare vorm is weliswaar geregistreerd, maar is in Nederland niet in de handel en zal dus moeten worden geïmporteerd. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding geldt het zeldzaamheidscriterium. Het moet op grond van artikel 2.8, eerste lid, sub b, onder 3, Bzv gaan om een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Het geneesmiddel is voorgeschreven in verband met chronische pijn, en dit is op zichzelf geen zeldzame ziekte. Verzoekster voldoet hiermee niet aan het zeldzaamheidscriterium zodat zij geen aanspraak heeft op Palexia® in vloeibare vorm.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.15. Verzoekster heeft gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding van de eigen bijdrage voor zittend/liggend ziekenvervoer en geneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit weersproken.

7.16. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten aanzien van geneesmiddelen alleen dekking biedt op vergoeding van de eigen bijdrage voor anticonceptie. Dit is bepaald in artikel D.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiervan is in de situatie van verzoekster geen sprake. Uit het dossier blijkt dat de eigen bijdrage in 2024 tot een bedrag van € 250,-- is vergoed door Hevo Consult. Dit leidt echter niet tot een aanspraak ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

7.17. De commissie overweegt ten aanzien van de eigen bijdrage voor het ziekenvervoer als volgt. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van artikel D.12 aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer, een vergoeding aan ouders als hun kind is opgenomen, een aanvullende kilometervergoeding van € 0,19 per km voor vervoer per auto, bovenop de vergoeding uit de zorgverzekering, en een kilometervergoeding als betrokkene geen vergoeding uit de zorgverzekering krijgt.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 augustus 2024 een overzicht van de jaren 2016 tot en met 2023 aan de Ombudsman gestuurd waarop is vermeld welke ritten hebben plaatsgevonden, welk bedrag is gedeclareerd, wat de eigen bijdrage was en welk bedrag is uitgekeerd. Uit dit overzicht volgt dat aan verzoekster steeds de eigen bijdrage is vergoed. Verzoekster heeft de juistheid van dit overzicht niet gemotiveerd bestreden. Daarom gaat de commissie hiervan uit. Wat betreft het zittend ziekenvervoer dat op 26 december 2023 heeft plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding van € 151,24 verleend aan verzoekster. Dit komt overeen met het aantal te declareren kilometers á € 0,19. Hiermee is aan verzoekster de vergoeding toegekend waarop zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft.

Slotsom

7.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 december 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019 tot en met 2025.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.16e

1. De verzekerde is voor ziekenvervoer, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke situaties de eigen bijdrage niet van toepassing is.

voordat u wordt aangemeld bij het CAK. De gemeente kan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden bij ons en het CAK af.

A.9.2. Rente en incassokosten

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand heeft, betaalt u ons ook de wettelijke/vertragsrente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u eventuele incassokosten betalen.

A.9.3. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons heeft afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één maand vooruit te betalen, krijgt u daarvoor betaaltermijnkorting. Als er een betalingsachterstand is ontstaan, zetten wij voor de verzekeringen waarvan u verzekeringnemer bent de betalingsperiode om naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het verlies van deze korting geeft u niet het recht om uw verzekering op te zeggen.

A.9.4. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen (een deel van) uw schuld af in de volgende volgorde:

- U lost altijd eerst de rente en incassokosten af (zie artikel A.9.2.);
- U lost daarna de schuld af van de kosten van uw zorgverzekering en daarna de kosten van uw aanvullende verzekering(en). Zie voor een uitleg over “kosten” ook artikel A.7.1. U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af.

Bestaat de openstaande schuld uit bedragen van meerdere perioden, doordat u langere tijd niet heeft betaald? Dan kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet per periode in zijn geheel betaald worden.

A.10. Premie en kosten na beëindiging

A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

Als u ons nog premie en kosten zoals bedoeld in artikel A.7.1. moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe

verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;

- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald heeft. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons heeft betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, dan krijgt u (verzekeringnemer) het betaalde bedrag over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode terug.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering ten minste 7 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen.

Pas als u dit gedaan heeft, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

- De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.
Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening, in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.
- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2022 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2023 ontvangen.

Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al heeft u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor

bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- opname in een instelling na de bevalling (bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);
 - kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium of diagnostisch) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
- De kosten van zorg voor u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.). Het gaat hierbij om zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie.
 - De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.).
 - De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.
 - De kosten van ketenzorg.
 - De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
 - Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.
 - De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken heeft gevolgd, dat wij hebben aangewezen.
Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotine-

vervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR-programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u gebruik maakt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.

Uitsluitend in de Zorgverzekering Natura Select hebben wij hiervoor de volgende zorg aangewezen:

- Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.

In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select heeft afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

Voor medisch specialistische zorg uit de aanvullende verzekering (artikel D.1.) geldt het verplicht eigen risico weer wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

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

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is voor de betreffende zorg, betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf

zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's. Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2023. Van 23 september 2023 tot en met 31 december 2023 is 100 dagen. 2023 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,47 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,47 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aaneengesloten zorgverzekeringen heeft bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2023 t/m 30 juni 2023; dit zijn 181 dagen. U heeft dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2023 t/m 31 december 2023 dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico;

A.12. Verplicht eigen risico

Eigen risico bij uw basisverzekering

Het eigen risico is het bedrag dat u eerst zelf moet betalen voor zorg uit de basisverzekering. Dit geldt voor iedereen vanaf 18 jaar.

Verplicht eigen risico

Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. De overheid stelt dit ieder jaar opnieuw vast.

Zie ook:

[Jaar](#) (begrippen)

Vrijwillig eigen risico

Voor uw basisverzekering kunt u het verplicht eigen risico verhogen met een vrijwillig eigen risico. U krijgt dan korting op de premie. De verschillende eigen risico's en bijbehorende kortingen op de premie vindt u in de premiebijlage.

Voor welk jaar geldt het eigen risico

We verrekenen de kosten met uw eigen risico van het jaar waarin u zorg krijgt. De rekening moet dan wel uiterlijk in het volgende jaar bij ons binnen zijn.

Voorbeeld.

Een behandeling die u in 2022 heeft, mag niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening in 2024 ontvangen.

De kosten worden wel met het eigen risico van 2022 verrekend als u de rekening zelf heeft laten liggen en wij deze pas ontvangen in 2024.

Voor welk jaar geldt het eigen risico bij een DBC

Krijgt u medisch specialistische zorg die een jaarwisseling overgaat? En krijgt u een rekening met een DBC-zorgproductcode?

De startdatum van de DBC bepaalt de vergoeding. De kosten zijn dan voor het eigen risico van het jaar van de startdatum.

Op de rekening kunnen ook kosten staan voor Overige Zorg Producten (OZP). Deze kosten zijn voor het eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.

Zie ook:

- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)

Zorg waarvoor geen eigen risico geldt

Er is zorg uit uw basisverzekering waarvan de overheid heeft besloten dat er geen eigen risico voor geldt. Ook kunnen wij voor zorg beslissen dat er geen eigen risico geldt.

Dat kan voor een programma dat wij hebben aangewezen voor: diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.

Als zorgkosten niet gelden voor het eigen risico dan staat dat bij de betreffende zorg.

Bij zorg waar geen eigen risico voor geldt, kan voor bijkomende zorg wel eigen risico gelden. Bijvoorbeeld voor het bloedonderzoek op verwijzing van de huisarts.

Zie ook:

[Tarief](#) (begrippen)

Eigen bijdrage is geen eigen risico

Kosten die u zelf moet betalen, verrekenen we niet met het eigen risico. Het gaat dan bijvoorbeeld om (wettelijke) eigen bijdragen.

Betaling aan zorgverlener of aan u

Wij vergoeden aan een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met een betaalovereenkomst als hij de zorg die u krijgt bij ons declareert. Wij vragen de kosten bij u terug (of verrekenen met u) als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen.

We vergoeden aan u als een niet-gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener zonder betaalovereenkomst bij ons declareert. Als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen dan trekken wij dit bedrag af van de vergoeding. U moet zelf de rekening volledig en op tijd betalen aan de zorgverlener.

Wij vergoeden ook aan u als u zelf de rekening naar ons instuurt.

Als uw basisverzekering geen heel jaar loopt

Uw basisverzekering kan voor een gedeelte van een jaar lopen. Voor het eigen risico geldt dan een evenredig deel.

Hoe berekenen we een evenredig (naar rato) deel van het eigen risico?

- We kijken eerst wat uw eigen risico per dag is. Dat doen we door het eigen risico voor een heel jaar te delen door 365 dagen (of 366 dagen in een schrikkeljaar).
- De uitkomst vermenigvuldigen we met het aantal dagen dat u verzekerd bent.
- De uitkomst ronden we af op hele euro's.

Let op!

U kunt binnen een jaar verschillende basisverzekeringen bij ons hebben. En kunt dan ook voor verschillende vrijwillige eigen risico bedragen kiezen. De evenredige delen van de verplichte en vrijwillige eigen risico's tellen we dan voor dat jaar bij elkaar op.

Voorbeeld.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw basisverzekering gaat bij ons in op 23 september 2024 en loopt tot en met 31 december.

Dit is een periode van 100 dagen. Dit jaar heeft 365 dagen en voor een heel jaar geldt een verplicht eigen risico van € 385,-. Uw eigen risico voor dit deel van het jaar wordt dan:

- $€ 385,- : 365 = € 1.0547$ eigen risico per dag
- $€ 1.0547 \times 100 \text{ dagen} = € 105,47$. Dat is afgerond € 105,- aan verplicht eigen risico voor 2024.

In welke volgorde verrekenen we het eigen risico?

De kosten van zorg uit uw basisverzekering verrekenen we met het eigen risico. Dat doen we in deze volgorde:

1. Eerst verrekenen we de kosten van zorg met het verplicht eigen risico tot dit op € 0 staat;
2. Daarna verrekenen we de kosten van zorg met een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico tot dit op € 0 staat;
3. Als er geen eigen risico meer open staat, betalen we de zorg als u daarvoor verzekerd bent.

Gespreid betalen verplicht eigen risico

U kunt het verplicht eigen risico gespreid vooraf betalen. U betaalt dit dan vanaf het 1e kwartaal in 10 gelijke delen vooruit.

Wanneer kunt u deelnemen aan gespreid betalen van eigen risico?

- U bent 18 jaar of ouder;
- U heeft op 1 januari bij ons een basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico. uw basisverzekering heeft dus alleen een verplicht eigen risico;
- U vraagt bij ons vóór 1 februari gespreide betaling aan;
- U geeft aan voor welke verzekerden u het eigen risico gespreid wil betalen.

Wat doen we na het jaar waarin u uw eigen risico vooruit heeft betaald?

- U ontvangt in het 1e kwartaal de eindafrekening.

- Het kan zijn dat u meer vooruit heeft betaald dan dat er zorgkosten zijn geweest. Wat u teveel heeft betaald, betalen wij in het 1e kwartaal aan u terug.
- Het kan zijn dat er na dat 1e kwartaal nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico van het jaar ervoor moeten verrekenen. Wij vorderen dat bedrag dan direct bij u terug zonder gespreide betaling.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wil deelnemen moet u dat vóór 1 februari aan ons doorgeven. Als u niets doorgeeft, verlengen we uw deelname nog een jaar.
- Wij kunnen uw deelname stoppen:
 - als u niet meer voldoet aan bovengenoemde voorwaarden;
 - als u niet op tijd betaalt;
 - als uw verzekeringssituatie wijzigt. Bijvoorbeeld als de verzekeringnemer verandert.
- Als de gespreide betaling in de loop van het jaar stopt dan ontvangt u direct een eindafrekening. Als u op dat moment teveel vooruit betaald heeft dan betalen wij dat aan u terug. Komen er hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico moeten verrekenen? Dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug zonder gespreide betaling.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

Vrijwillig eigen risico vanaf 18 jaar

Vanaf uw 18e jaar kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- in uw basisverzekering. Vóór de maand waarin u 18 jaar wordt, vragen wij u of u dit wil. U kunt dan ook aangeven voor welk bedrag.

Als u niet of niet op tijd reageert dan gaan wij er vanuit dat u kiest voor een basisverzekering met alleen een verplicht eigen risico. Op grond daarvan berekenen wij de premie voor uw basisverzekering.

A.14. Algemene verplichtingen

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt

Wat kunnen wij doen als u uw algemene verplichtingen niet nakomt? En u hierdoor onze belangen schaadt?

- U heeft geen recht meer op vergoeding van zorg.
- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?

Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:

- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
 - U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
 - U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
 - U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar.
- Als wij u vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

Uw algemene verplichtingen

U heeft een aantal algemene verplichtingen:

- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerd zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.

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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - 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 hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Besluit zorgverzekering

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.

Wet ambulancezorgvoorzieningen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- *Onze Minister*: Onze Minister voor Medische Zorg;
- *ambulance*: een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter;
- *ambulancevoorzieningen*: alle voorzieningen die nodig zijn voor het uitoefenen van ambulancezorg, bedoeld in artikel 5;
- *meldkamer*: een meldkamer als bedoeld in artikel 25a, eerste lid, van de Politiewet 2012;
- *meldkamerfunctie*: de meldkamerfunctie, bedoeld in artikel 25b, eerste lid, van de Politiewet 2012, ten behoeve van de ambulancezorg;
- *regio*: regio als bedoeld in artikel 8 van de Wet veiligheidsregio's;
- *ROAZ*: regionaal overleg acute zorgketen.

2. Deze wet is niet van toepassing op ambulancezorg met gebruikmaking van militaire ambulances.

andere zorgverzekeraar naar ons? Dan houdt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg uit uw zorgverzekering die u voortzet bij de zorgverlener met wie uw vorige zorgverzekeraar een contract had afgesloten. Dit geldt ook als wij geen contract met deze zorgverlener gesloten hebben, of niet op tijd alsnog een contract kunnen sluiten, of wij er niet voor kunnen zorgen dat de zorg uit uw zorgverzekering op tijd geleverd wordt.

De zorg wordt dan uit uw zorgverzekering vergoed alsof deze is verleend door een zorgverlener met wie wij wel een contract hebben gesloten.

A.17.6. Plaats van zorgverlening

De zorg wordt verleend op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover afspraken zijn gemaakt tussen ons, de zorgverlener en u, of die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen.

De zorg kan, indien passend ook online worden verleend.

In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie bij de betreffende artikelen.

Toelichting:

Zorg door deze zorgverleners vindt plaats in:

- Huisarts: praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet een instelling voor medisch specialistische zorg of verpleeghuis);
- Apotheek: praktijk van apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats;
- Medisch specialist: in een instelling voor medisch specialistische zorg of praktijk van de medisch specialist. De zorg kan ook geleverd worden in een andere instelling die wij hebben erkend voor de beschreven zorg. Dit moet dan blijken uit de voorwaarden van deze zorg;
- Echoscopist: echocentrum of prenataal screeningscentrum;
- Verloskundige: geboortecentrum, kraamhotel, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.

Voor andere zorgverleners geldt dat de zorg wordt uitgevoerd in de praktijk van die zorgverlener, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Als er een medische noodzaak moet zijn voor zorg bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats dan is dit vermeld in het artikel van de betreffende zorg. U heeft dan een verwijzing nodig waaruit deze medische noodzaak blijkt.

Bij ketenzorg kan de zorg (afhankelijk van de soort zorg) ook worden geleverd op de locatie waar een zorgverlener (aangesloten bij een hoofdaannemer of in regionaal, multidisciplinair samenwerkingsverband) werkzaam is.

A.18. Akkoordverklaring

A.18.1.1. Akkoordverklaring

Voor alle zorg geven wij in het betreffende artikel aan of een akkoordverklaring nodig is. Als daar staat dat dit nodig is, is het een verplichting dat u deze voorafgaand aan de zorg van ons heeft ontvangen. Om een akkoordverklaring te kunnen afgeven moeten we kunnen toetsen of wordt voldaan aan de voorwaarden en of sprake is van doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Het kan zijn dat we daarom aanvullende informatie moeten opvragen. Als wij u een akkoordverklaring geven, weet u in hoeverre de zorg die u nodig heeft, verzekerd is. Ook weet u dan naar welke zorgverlener(s) u kunt gaan.

A.18.1.2. Gecontracteerde zorgverlener en akkoordverklaring

Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, kan deze zorgverlener (als dit zo is vastgelegd in de overeenkomst) namens ons:

- beoordelen of u voldoet aan de voorwaarden voor (vergoeding van) de zorg;
- beoordelen op welke zorg u in uw situatie bent aangewezen;
- een akkoordverklaring afgeven als dat nodig is. De zorgverlener vertelt u of wij de beoordeling doen of dat hij dit zelf kan doen. Als wij de beoordeling doen dan stuurt de zorgverlener de aanvraag voor een akkoordverklaring naar ons. U hoeft dus zelf niets aan ons door te geven. Zie ook artikel A.17.4.a.

A.18.1.3. Niet-gecontracteerde zorgverlener en akkoordverklaring

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, moet u zelf (of de niet-gecontracteerde zorgverlener namens u) een akkoordverklaring bij ons aanvragen als in het artikel van de betreffende zorg staat dat dit nodig is. Hiervoor stuurt u onze afdeling Medische Beoordelingen:

- een aanvraag met motivatie van uw behandelend zorgverlener, zoals vermeld in het artikel van de betreffende zorg;
- als het mogelijk is, een kostenbegroting en/of behandelplan van de aangevraagde zorg;
- extra informatie die wij soms aan u vragen, als wij moeten beoordelen of wij u een akkoord-

verklaring kunnen geven.

- Aanvragen en aanvullende informatie dienen in een gangbare taal (Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans) te zijn opgesteld. Is dit niet het geval? Dan vragen wij een vertaling van deze documenten bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen en aan ons de kosten van het vertaalbureau terug te betalen.

Zie ook artikel A.17.4.b.

A.18.2. Akkoordverklaring, verwijzing of recept bij verandering zorgverzekeraar

Als u tijdens uw behandeling overstapt van een andere zorgverzekeraar naar ons (zie artikel A.17.5. 2e bolletje), dan blijven de akkoordverklaring, de verwijzing en het recept met betrekking tot de zorgverzekering geldig alsof u nog steeds bij die andere zorgverzekeraar verzekerd was.

A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk aan u hebben bevestigd. Wij gaan ervan uit dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende post- of e-mailadres u hebben bereikt. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door heeft gegeven.

A.18.4. Geldigheidsduur

Een akkoordverklaring is geldig:

- voor maximaal 365 dagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangeven en
- op basis van de op dat moment geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden.

De akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of
- als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van het DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

A.19. Rekeningen

A.19.1. Rekeningen algemeen

- Als u recht heeft op vergoeding, betalen wij het bedrag aan u (verzekeringnemer) op het bankrekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is.
- Zorgverleners met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunnen hun rekeningen rechtstreeks bij ons indienen. Wij betalen dan rechtstreeks aan hen. Zie artikel A.19.3.

- Gaat u naar zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan ontvangt u van hen de rekening. Die kunt u vervolgens bij ons indienen.
- Aan zorgverleners waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten en aan iedere andere derde:
 - kunt u niet uw vordering op ons of een ander recht overdragen;
 - kunt u niet een zekerheidsrecht geven, zoals een pandrecht;
 - kunt u niet toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren, voor u een betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aan te nemen waarmee een verplichting van u aan die derde wordt voldaan.

A.19.2. Rekeningen indienen

U kunt uw rekeningen op verschillende manieren insturen:

- via uw smartphone stuurt u ons met de door ons ter beschikking gestelde app digitaal gefotografeerde rekeningen;
- online via uw persoonlijke pagina (in de Mijn-omgeving op onze website) stuurt u ons ingescande of digitaal gefotografeerde rekeningen;
- via de post stuurt u ons uw originele rekeningen; bij uitzondering en in overleg met ons kan dit ook een kopie van de rekening zijn.

Uw zorgverlener kan de rekeningen naar ons insturen via Vecozo of Cryptshare.

Buitenlandse rekeningen

Als u zorg in het buitenland heeft gehad, heeft u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) rekeningen die u eerder heeft ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse rekeningen in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

- dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

Eisen aan rekeningen

Rekeningen moeten:

- betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg, genees- of hulpmiddelen;
- binnen 36 maanden na de datum waarop de zorg is verleend bij ons binnen zijn. Ontvangen wij uw rekening later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG-VERZEKERING

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland". staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt,

kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). U kunt de EHIC-pas gratis bij ons aanvragen. Of u kunt dit zelf doen via de Mijn Omgeving. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en heeft u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);

- die op de "Lijst aanvragen zorg buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.

De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook

sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.

- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelfase volledig heeft doorlopen.
- U heeft ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), mede bepaald door de Body Mass Index (BMI). U heeft een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI heeft vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI heeft vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in:

- het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN);
 - het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF);
 - de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF); of
 - het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)
- verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik heeft gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van

het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie artikel B.19.);
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -advisering (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van

agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);

- o het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- o behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- o sterilisatiebehandelingen;
- o behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- o een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- o correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
- o parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- o behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21.

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - o wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - o wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - o wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.

- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD-arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.4. Vervallen

van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:

- o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
- o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunstthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl, (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).

De lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

B.15.1.a. Medicijnen algemeen

De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze minister heeft het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg en geneesmiddelen.

B.15.1.b. Medicijnen uit bijlage 1

Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) bestaat uit bijlage 1 en 2. In bijlage 1 komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen, kunnen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. We noemen dit artikelpreferentie. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel. Een voorkeursgeneesmiddel wordt niet verrekend met het eigen risico.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u.

Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

Voor medicijnen waar we geen voorkeursmedicijn voor aanwijzen, die dus niet op onze Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden we de prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste marktprijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare medicijnen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie (LPG). Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van of een intolerantie heeft voor hetzelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.

Uw apotheker bepaalt samen met uw arts of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig

duur zijn.

Als uw arts van vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (via voorkeursbeleid of via LPG) medisch niet verantwoord is, dan kan hij dat op het recept aangeven met Medische Noodzaak. Wij verwachten van uw apotheker dat die het recept met Medische Noodzaak zorgvuldig toetst. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.

Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn bijlage 1B medicijnen (niet geclusterde medicijnen op basis van therapeutische vergelijkbaarheid). Ze hebben andere eigenschappen dan de onderling vervangbare medicijnen. De werking en de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

B.15.1.c. Medicijnen uit bijlage 2 en niet-geregistreerde medicijnen

Soms worden er door de minister van VWS nadere voorwaarden gesteld aan een medicijn. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen.

Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden staan in de Regeling zorgverzekering (Rzv) en worden regelmatig door de minister van VWS gewijzigd. U kunt de actuele Bijlage 2 vinden op internet: www.wetten.overheid.nl (u zoekt via zoekvenster: Regeling zorgverzekering, u klikt deze aan en ziet links onderaan Hoofdstuk 8 Bijlage 2).

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie artikel B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam en effectief is. Ook moet het middel het meest economisch zijn voor de zorgverzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U heeft een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. U heeft (als u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), 10x een eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Voorbeeld van herberekening:

U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode heeft u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.

- 2023 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2023 heeft 60 dagen
 - € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
 - € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
 - U heeft al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.
- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorgmedicijnen en intramurale medicijnen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen) zijn opgenomen in artikel B.17.11. van het reglement Hulpmiddelen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl we voor dat medicijn wel een voorkeursbeleid hanteren;
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt

voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring;

10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen, zonnebrandartikelen;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
12. vitamines en voedingssupplementen;
13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.
16. Esketamine neusspray; dit valt onder artikel B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Let op!

In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg en/of de wettelijke eigen bijdrage (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.d. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering en begeleiding die horen bij het ter handstellen.

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deellieferingen bijvoorbeeld per twee, drie of vier weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een aantoonbaar medische noodzaak is. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv): een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt niet verrekend met het eigen risico als het gaat om:
 - voorkeursmedicijnen. Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen" op onze website
 - levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR;
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij medicijnen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een andere zorgverlener dan een apotheker of apotheehoudend huisarts;
- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van medicijnen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedsituatie.

Voorwaarden

**Voorkeursmedicijnen
Zorgverlener**

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is;
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.) Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

**Behandelvoorstel
Algemeen**

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP. Zie ook de omschrijving in artikel A.1. Begripsomschrijvingen.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijnen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apothek;er;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer

dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

- Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten door ons beoordeeld worden. U vindt u deze op onze internetsite. Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl. Daar staan ook de medicijnen die door de apotheek beoordeeld moeten worden.
- Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring vullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding.

Heeft u een aandoening die niet op de artsenverklaring staat vermeld of niet voldoet aan de overige voorwaarden, maar komt het medicijn wel voor in de tabel van Bijlage 2 op de site van ZN formulieren? Dan kan de behandelend arts een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen met daarin in ieder geval de volgende gegevens:

- de ingevulde artsenverklaring, ook al voldoet u niet aan de voorwaarden;
- de medische indicatie waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven;
- hoe vaak deze aandoening voorkomt in Nederland;
- welke andere medicijnen hiervoor zijn gebruikt en met welk resultaat;
- op basis van welke wetenschappelijke literatuur gekozen wordt voor dit medicijn.

Wij beoordelen dan of u misschien toch recht heeft op vergoeding van het middel. U krijgt hier schriftelijk bericht van.

Let op!

- Een aanvraag voor vergoeding indienen is geen garantie dat wij een akkoordverklaring afgeven.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij aanvraag hebben ontvangen. Het is dus belangrijk dat de akkoordverklaring wordt aangevraagd voordat u met de medicijnen begint.
- Wilt u niet dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt, dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

In artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering staan de voorwaarden voor deze medicijnen:

- deze moeten bestemd zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- behandeling mogelijk is in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding is niet mogelijk; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek moet in een voor u geschikte vorm worden ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit moeten bewezen zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling moet het meest economisch zijn voor u en de zorgverzekering.

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen zodat wij kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling.

Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:

- Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
- Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij

B.17.5.
Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptertransport onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
 - per auto,
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 82,- per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U heeft een wettelijke eigen bijdrage van € 113,- per jaar voor ziekenvervoer.
- De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer tussen instellingen waar u verblijft vanuit de Zvw of Wlz en het vervoer en verblijf noodzakelijk is voor:
 - het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling onder Zvw of Wlz waarvoor in de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;

- naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die valt onder de Zvw bij gebruikelijke instelling van verblijf de mogelijkheid niet bestaat;
- voor vervoer van en naar een instelling waarin de verzekerde vanuit de bijzondere ziektekostenverzekering voor een tandheelkundige behandeling wordt behandeld en de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;
- De wettelijke eigen bijdrage geldt ook niet voor logeerkosten, zoals in dit artikel genoemd.
- De volgende kosten worden niet vergoed:
 - ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - vervoer in verband met dagbehandeling of dagbesteding, terwijl u niet in een Wlz instelling verblijft;
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U heeft geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten heeft aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring heeft ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij vervoer in Nederland of, als u in het buitenland woont, in uw woonland:

- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoelt in art B.28.1.

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht heeft op ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht heeft op ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op

jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Logeerkosten

U heeft recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring heeft ontvangen.

Zorgverlener

Als het ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk/TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische consulten. Het gaat hierbij om:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een psychische aandoening.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De belangrijkste uitsluitingen staan in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in het buitenland (artikel B.2.2.), zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland of uw woonland is verzekerd.
 2. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)**Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland.
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is.
In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg).
Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat.
Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg).
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum.
Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medicijnen uit het GVS (artikel B.15.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
Het gaat om het leveren van de medicijnen en de advisering en begeleiding die daarbij hoort. De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen en welke voorwaarden er gelden. Deze minister heeft het GVS opgesteld. In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. De zorgverzekeraar mag randvoorwaarden stellen aan de zorg.
Het GVS bestaat uit geregistreerde medicijnen uit bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering:
 - Bijlage 1A en 1B van het GVS: Bijlage 1A zijn geregistreerde medicijnen die onderling vervangbaar zijn, en bijlage 1B zijn geregistreerde medicijnen die niet onderling vervangbaar zijn.
Onderling vervangbare medicijnen zijn medicijnen die
 - op dezelfde manier worden toegediend; en
 - bij soortgelijke indicatie worden ingezet; en
 - in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Niet onderling vervangbare medicijnen hebben andere eigenschappen. De werking en de indicatie waarbij u het middel gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage.

- Bijlage 2 van het GVS zijn geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden. Bijvoorbeeld voor de indicatie. Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden wijzigt de minister van VWS regelmatig.
Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl
Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).
- Er bestaat ook een bijlage 3. Dat zijn magistrale bereidingen. Deze zijn beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apothek zelf maakt'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medicijnen uit het GVS.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250.

Voorbeeld berekening eigen bijdrage.

Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage.

Uw medicijn kost bijvoorbeeld € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig heeft (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), heeft u in totaal maximaal 10 keer deze eigen bijdrage:
 $10 \times € 25,- = € 250,-$. Na 10 keer in één jaar worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de basisverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende rekeningen naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

- U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode heeft u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.
- Een jaar heeft 365 dagen. 1 januari tot en met 1 maart heeft 61 dagen
- $\text{€ } 250,- : 365 = \text{€ } 0,6849$ eigen bijdrage per dag
- $\text{€ } 0,6849 \times 61 \text{ dagen} = \text{€ } 41,78$. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 42,-.
- U heeft al € 50,- betaald. $\text{€ } 50,- \text{ minus } \text{€ } 42,- = \text{€ } 8,-$. U krijgt dus van ons € 8,- terug.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.
- U betaalt geen eigen risico voor een voorkeursmedicijn waarvan de werkzame stof, het merk en het Z-index nummer op onze Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staan.
- U betaalt geen eigen risico als het gaat om middelen bij een Stoppen-met-roken programma; zie artikel 'Stoppen-met-roken'

Wat zijn de voorwaarden?

- Er geldt een maximale vergoeding voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A).

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

- Binnen de groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A) bent u alleen verzekerd voor voorkeursgeneesmiddelen.

Binnen de groep onderling vervangbare medicijnen uit het GVS (bijlage 1A), wijzen wij op basis van de beste prijs één of meerdere geneesmiddelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u. Onze voorkeursmedicijnen staan op de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen' op onze website. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

- Het voorkeursbeleid geldt ook als u in Nederland woont maar uw medicijnen liever in het buitenland koopt, bijvoorbeeld omdat u in de grensstreek woont.
- Vergoeding van een ander middel dan een voorkeursgeneesmiddel kan alleen als dat medisch noodzakelijk is.

Als uw arts vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (van de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen') medisch niet verantwoord is, kan hij dat op het recept aangeven met 'Medische Noodzaak'.

U kunt andere bijwerkingen hebben van, of een intolerantie hebben voor het zelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.

Uw arts bepaalt of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op een ander medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen, dat niet onnodig duur mag zijn. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn.

Uw apotheker toetst wel het recept met Medische Noodzaak. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.

- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd. Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Algemene advisering en begeleiding maakt onderdeel uit van de levering van uw medicijn. Het gaat hierbij ten minste om:
 - het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (eerste uitgifte) of een extra begeleiding als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft;
 - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
 - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
- Voor kosten van de dienstverlening van de apotheek geldt altijd eigen risico, ook als het een voorkeursmedicijn is. Het gaat hierbij om:
 - de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;
 - het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik van uw medicijn als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;
 - extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om deelevering of weekend- of avondtarief.
- Wat als uw voorkeursmedicijn niet leverbaar is? Dan zorgt uw apotheek ervoor dat u een ander medicijn met dezelfde werkzame stof krijgt. U betaalt voor dit medicijn wel eigen risico.
- Medicijnen moeten worden geleverd op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode. Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode. De leveringsperiodes die per recept (behandelvoorstel) gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.
- Deelevering per twee, drie of vier weken is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak. Dit kan dan alleen als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) of medicijnrol: een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.
- Als u medicijnen op recept in het buitenland moet kopen gelden al deze voorwaarden:
 - de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moeten zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
 - vergoeding vindt plaats volgens de Nederlandse vergoedingslimiet;
 - rekeningen van medicijnen moeten leesbaar en volledig zijn;
 - staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Dan moet u ook de bijsluiter, het doosje of etiketten (mag ook een foto zijn) opsturen samen met de rekening.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.

- Kaakchirurg.
- Tandarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Physician assistant.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied.
De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.
- Een van bovenstaande zorgverleners in het buitenland.
Deze zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor anticonceptie medicijnen.
Voor anticonceptie in tabletvorm geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor insuline.
Voor insuline bij diabetes geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor sommige medicijnen uit Bijlage 2.
 - Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten wij beoordelen. U vindt deze medicijnen op onze website.
Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.zn.nl/formulieren. Daar staan ook de medicijnen die uw apotheek beoordeelt.
 - Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring invullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding. Uw arts kan op onze site voor zorgverleners meer informatie hierover vinden.
- Heeft u bezwaar tegen beoordeling door uw apotheek?
Als u niet wil dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij de aanvraag hebben ontvangen.
Het is dus belangrijk dat u de akkoordverklaring aanvraagt voordat u met de medicijnen begint. Een aanvraag voor vergoeding is geen garantie voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

- Apotheekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheker of apotheekhoudend (huis)arts in het buitenland.
Deze zorgverlener heeft in het betreffende land een vergunning om geneesmiddelen te leveren en voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen die gebruikt worden voor andere indicaties dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
En als niet aan de nadere voorwaarden wordt voldaan.
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl er een gelijkwaardig en geschikt medicijn is dat wel op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staat.
- Niet-geregistreerde medicijnen.
Een apotheekbereiding (magistrale bereiding) of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen. Deze medicijnen staan in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt' en in het artikel 'Medicijnen uit het buitenland'.
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald.
Zie artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen uit het GVS.
Deze vallen onder artikel 'Medicijnen wettelijke eigen bijdrage' uit een aanvullende verzekering.
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet.

- Alternatieve medicijnen.
Bijvoorbeeld homeopathische en antroposofische medicijnen. Deze vallen onder het artikel 'Alternatieve en psychosociale zorg'.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicatiebeoordeling (artikel B.15.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicatiebeoordeling (periodieke evaluatie).
- Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep.
Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:
 - Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
 - Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg;
 - Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;
 - Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Wat is uw vergoeding?

- Zo nodig vaker: vergoeding van 1 keer per 12 maanden voor medicatiebeoordeling.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U gebruikt meerdere medicijnen chronisch en er is een medische en farmaceutische noodzaak.

Wat zijn de voorwaarden?

- U gebruikt meerdere medicijnen chronisch.
- De zorgverlener die het behandelvoorstel doet, heeft de medische en farmaceutische noodzaak vastgesteld.
De criteria hiervoor kunt u vinden in de richtlijn Medicatiebeoordeling van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie op www.knmp.nl.
- Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden voor medicijnen die zijn opgenomen in het GVS.
Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, worden deze inhoudelijk wel meegenomen in de medicatiebeoordeling.
- Medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners.
- De zorgverlener moet de geldende NZa Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen volgen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Apotheker.
- Apotheekhoudend huisarts.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;
 - verpleging.
- Opname bij medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar zijn in een apart artikel beschreven.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.

Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.

- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.

Een triage-audicien mag bij een gehooraandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.

- Klinisch fysicus-audioloog.

Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.

Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de

Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien.
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie.

- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener.
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen).
- Bevolkingsonderzoek.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtarief.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtarief.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

- Niet-gecontracteerde zorgverleners SMR moeten voor farmacotherapie verwijzen naar uw huisarts.
- Niet nodig als het alleen gaat om de stoppen-met-roken begeleiding.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts SMR.
De zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Dit is een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Daarnaast moet de huisarts zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Medisch specialist SMR.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is. Daarnaast moet de specialist zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- SMR-coach.
De zorgverlener die het programma geeft en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Gezondheidszorgpsycholoog.
Gezondheidszorgpsycholoog, ook wel gz-psycholoog, is in Nederland een wettelijk beschermde titel; deze mag alleen gevoerd worden door iemand die geregistreerd is in het BIG-register. Dit betekent dat niet iedere psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg een "gz-psycholoog" is.
- Apotheek voor het verstrekken van medicijnen of nicotinevervangende middelen.
Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen te leveren.
- Gecontracteerde leverancier SMR voor het verstrekken van medicijnen of nicotinevervangende middelen.
Op onze website kunt u vinden welke leveranciers wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Ambulancevervoer (artikel B.18.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ambulancevervoer.
Het gaat om al deze zorg:
 - Niet-spoedeisend ambulancevervoer, zoals bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - Spoedeisend ambulancevervoer;
 - Ziekenvervoer met ander vervoermiddel als vervoer met ambulance niet mogelijk is;
 - Gebruikskosten van een Automatische Externe Defibrillator (AED) die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht (elektrodenpads).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor ambulancevervoer.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is een medische noodzaak, waardoor andere manier van ziekenvervoer (auto, openbaar vervoer of taxi) medisch niet verantwoord is.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- Ambulancevervoer naar een andere woning is alleen mogelijk als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Een arts vraagt het ambulancevervoer aan bij meldkamer van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV).
De meldkamer beoordeelt of ambulancevervoer nodig is.
- U heeft geen behandelvoorstel nodig bij spoedeisend ambulancevervoer.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat ambulancevervoer niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ambulancedienst met een erkende vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer per auto (artikel B.18.2.), vervoer per taxi (artikel B.18.2.), vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.), vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.), logeerkosten (artikel B.18.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ziekenvervoer per auto.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer.
Deze zorg omvat:

- ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
- vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer.
Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.
- Logeren in plaats van vervoer.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Vergoeding van € 0,38, maximaal, per kilometer voor vervoer per auto en vergoeding van 100 % voor vervoer per taxi en vergoeding van 100 % voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse en vergoeding van 100 % voor vervoer per ander vervoermiddel.
 2. Vergoeding van € 89,-, maximaal, per nacht voor logeerkosten.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor vervoer per auto (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);

- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte als u met de auto reist.
Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Huurkosten van een huurauto.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per taxi (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
 - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- U kunt bij vervoer met taxi met meerdere verzekerden tegelijk worden vervoerd vanwege de doelmatigheid.

- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.

- Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;

Lopende behandeling

U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:

[Behandeling](#) (begrippen)

Niet-gecontracteerde zorgverleners uit uw basisverzekering

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan bestaat de kans, dat wij de kosten niet volledig vergoeden. Zie hiervoor artikel A.20. Tarieven

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst

Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.

Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling

In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:

- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening

Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie.

De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.18. Akkoordverklaring

Wanneer is een akkoordverklaring nodig?

Met akkoordverklaring bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen. Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven. U ziet dan bij deze zorg staan dat u een akkoordverklaring moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag voor de zorg of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen. Geven wij u akkoord? Dan leest u in de akkoordverklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:

[Schriftelijk](#) (begrippen)

Akkoordverklaring voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener namens ons beoordelen of u een akkoordverklaring krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?

- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft;
- De zorgverlener geeft een akkoordverklaring af.
Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij de aanvraag naar ons zodat wij dit kunnen beoordelen. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Akkoordverklaring voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat een akkoordverklaring nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?

- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen.

U kunt de informatie opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?

Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen.

Akkoordverklaring voor hulpmiddelen

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u kiezen:

- zelf voor het hulpmiddel te betalen; of
- alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen. U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:

- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Bij een basisverzekering als u verandert van zorgverzekeraar

Stapt u tijdens uw behandeling naar ons over? Dan blijft de akkoordverklaring, de verwijzing of het recept dat u heeft verkregen van uw vorige zorgverzekeraar geldig.

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;

D.2.13. Hydrotherapie voor baby's

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor hydrotherapie voor baby's tot 1 jaar.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij hierover afspraken hebben gemaakt. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3. Medicijnen

D.3.1. Medicijnen algemeen

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. De voorwaarden uit artikel B.15.1. gelden ook voor de medicijnen die beschreven staan in de artikelen D.3.1. t/m D.3.5. Waar wij het begrip "geneesmiddel(en)" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:
 - medicijnen die niet door ons zijn aangewezen (niet-voorkeursmedicijnen);
 - versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen (behalve enkele geregistreerde voedingssupplementen), dieetpreparaten en vitaminepreparaten;
 - verzorgingsproducten zoals zepen, shampoo's, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid. Zie hiervoor artikel B.21.2. Stoppen met roken.
- De hieronder genoemde kosten vergoeden wij

niet, behalve als u volgens uw Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk verzekerd bent voor het betreffende onderdeel van artikel D.3.:

- alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen (zie hiervoor artikel D.7.2.);
 - wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen die onder de zorgverzekering vallen;
 - medicijnen die niet onder de zorgverzekering vallen, omdat ze niet in het GVS zijn opgenomen;
 - medicijnen die niet voldoen aan de voorwaarden van Bijlage 2 (medicijnen) van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl;
 - medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 - bepaalde geregistreerde voedingssupplementen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

D.3.2. Medicijnen wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:

- a. anticonceptie medicijnen;
- b. andere medicijnen dan anticonceptie;
- c. alle medicijnen.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke medicijnen wij niet vergoeden.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt op grond van de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de medicijnen waarvoor de wettelijke eigen bijdrage GVS geldt.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapothek.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.3. Medicijnen bij erectiestoornis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor medicijnen bij erectiestoornissen (bijvoorbeeld Viagra®, Cialis®, Levitra®, Androskat®, Spedra® en Muse®). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De medicijnen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- De medicijnen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.4. Medicijnen overige

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden geregistreerde medicijnen die volgens de zorgverzekering niet worden vergoed. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke medicijnen wij niet vergoeden.
- Wij vergoeden uit dit artikel geen medicijnen die vallen onder de dekking van één van de andere artikelen van D.3.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het gaat om bepaalde medicijnen of voedingssupplementen die een Europese registratie hebben in een EU- of EER-Lidstaat, te herkennen aan een EU-nummer, en die ook een RVG-nummer hebben.

Medicijnen en voedingssupplementen die bewezen werkzaam, veilig en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer.

Of een middel geregistreerd is, kunt u zien op: www.geneesmiddeleninformatiebank.nl

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.5. Anticonceptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen die volgens de zorgverzekering tot een bepaalde leeftijd worden vergoed:

- a. anticonceptie pil ('de pil');
- b. alle anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie medicijnen; zie artikel D.4.0. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De voorwaarden voor plaatsing van een pessarium of koperhoudend spiraaltje kunt u (via artikel D.4.0.) vinden in ons Reglement Hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het anticonceptie medicijn of hulpmiddel wordt volgens de zorgverzekering tot 21 jaar vergoed.

D.10.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- camouflagelessen;
- de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelessen.
- Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische behandeling.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De camouflagelessen hebben tot doel dat u wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals kunt camoufleren.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist die bij het SKIN register met de specialisatie "camouflage" staat geregistreerd. In dit geval komt de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.11. Obesitas behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan een deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- Uw Body Mass Index (BMI) is 40 of hoger (morbidite obesitas).
- U moet het volledige programma doorlopen hebben.
- De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding heeft afgesloten.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een zorgverlener in een behandelcentrum dat wij hebben erkend of voor deze zorg gecontracteerd is. U kunt deze vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.12. Vervoer

D.12.1. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij geven met betrekking tot ziekenvervoer:

- vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering per jaar moet betalen bij gebruik van auto, openbaar vervoer of taxi;
- een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de zorgverzekering bij gebruik van een auto;
- een vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- een vergoeding bij gebruik van auto of openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een

instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of de wettelijke eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is deze zorg al gedeeltelijk verzekerd. In artikel B.18.2. kunt u lezen of u daar recht op heeft.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
 - de kosten van ziekenvervoer in verband met Wlz-zorg;
 - kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d.: het ziekenvervoer houdt verband met zorg waarvoor u volgens uw zorgverzekering of de aanvullende verzekering bent verzekerd;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d. is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk.
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

Aanvullende voorwaarde voor D.12.1.c.

De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgverlener

Voor ziekenvervoer genoemd in artikel D.12.1.c. moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk

/TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.12.2. Reiskosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de reiskosten van:

- a. uw partner als u bent opgenomen;
- b. de ouders als uw kind is opgenomen. Uw kind is bij ons verzekerd en is jonger dan 18 jaar;
- c. uw bezoeker als u of uw kind is opgenomen.

De opname (geen dagbehandeling) is medisch noodzakelijk en is in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland (als u in Nederland woont, mag dat ook in België of Duitsland zijn), of in uw woonland en duurt maximaal 365 aaneengesloten dagen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Voor D.12.2.a., b. en c.:

berekenen we de ritlengte met Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van de postcode van het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen naar de postcode van de instelling. We vergoeden op basis van hele kilometers met de gebruikelijke manier van afronding.

Voor D.12.2.c.:

- kan de opname ook in een instelling voor revalidatie of instelling voor medisch specialistische zorg zijn;
- vergoeden we per bezoek voor maximaal één bezoeker; de bezoeker hoeft niet bij ons verzekerd te zijn;
- komt de vergoeding in eerste instantie uit de aanvullende verzekering van degene die is opgenomen. Als degene die is opgenomen niet verzekerd is voor de reiskosten, dan vergoeden we uit de verzekering van de bezoeker. In dat

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Wettelijke eigen bijdrage GVS voor anticonceptie medicijnen (artikel D.3.2.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Wettelijke eigen bijdrage van anticonceptie medicijnen die u volgens het GVS zelf moet betalen.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 20 jaar: vergoeding van 100 % voor wettelijke eigen bijdrage GVS voor anticonceptie medicijnen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Anticonceptie (medicijnen en hulpmiddelen) (artikel D.3.5.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Anticonceptie in tabletvorm (de pil).
- Anticonceptie medicijnen uit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en anticonceptie hulpmiddelen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 21 jaar: vergoeding van € 200,-, maximaal, per jaar voor anticonceptie (medicijnen en hulpmiddelen).

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om anticonceptie medicijnen of hulpmiddelen die volgens de basisverzekering tot 21 jaar worden vergoed.
Omdat u 21 of ouder bent, krijgt u op grond van de basisverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie medicijnen of hulpmiddelen.
- De medicijnen zijn opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand).
- De medicijnen zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
- Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie.
Dit betekent dat het medicijn moet voldoen aan al deze voorwaarden:
 - het heeft de geschikte vorm voor de patiënt. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
 - het is bewezen werkzaam en effectief: er moet voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn zijn gedaan waaruit blijkt dat het medicijn werkt tegen uw klacht of ziekte;

- het is het meest economisch voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie.

- Het is mogelijk dat voor uw medicijn ons voorkeursbeleid van toepassing is.
Meer informatie over voorkeursmedicijnen vindt u in het artikel 'Medicijnen die zijn opgenomen in het GVS'.
- Uw huisarts plaatst het pessarium of koperhoudend spiraaltje.
Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Internetapotheek.
Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl er een gelijkwaardig en geschikt medicijn is dat wel op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staat.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Sterilisatie man (artikel D.1.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Sterilisatie bij een man.

Wat is uw vergoeding?

- Man: vergoeding van € 400,-, maximaal voor sterilisatie man.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Kinderopvang geldt voor kind(eren) in uw gezin tot de leeftijd van 14 jaar.
- Verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg.
- Verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op de vergoeding van kinderopvang.
- Kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al heeft geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Geregistreerd kindercentrum of geregistreerde gastouder.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?**Wettelijke eigen bijdrage van ziekenvervoer: vervoer per auto, vervoer per taxi, per openbaar vervoer of ander vervoer (artikel D.12.1.a.)****Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Ziekenvervoer per auto.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer.
Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor wettelijke eigen bijdrage van ziekenvervoer: vervoer per auto, vervoer per taxi, per openbaar vervoer of ander vervoer.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Aanvullende kilometervergoeding bij gebruik auto (artikel D.12.1.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Aanvullende kilometervergoeding voor vervoer per auto.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 0,19, maximaal, per kilometer, bovenop de vergoeding uit de basisverzekering, we vergoeden eerst uit de basisverzekering en daarna uit uw aanvullende verzekering voor aanvullende kilometervergoeding bij gebruik auto.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte als u met de auto reist.
Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfsplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.
- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats.
Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Taxivervoer naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Vervoer per taxi van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor taxivervoer naar medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Openbaar vervoer is medisch onverantwoord.
De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.
- Het ziekenvervoer is nodig voor medisch specialistische zorg waarvoor u volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering bent verzekerd.
- Het gaat om vervoer binnen Nederland of uw woonland.
- Er is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk.
- Ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Erkende vergunninghoudende taxivervoerder.
Het moet gaan om een erkende (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) vergunninghoudende taxivervoerder.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kosten van ziekenvervoer naar verder weg gelegen plaats.
Als u voor de medisch specialistische zorg naar een andere plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is.
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer tussen uw woonland en ander land.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer met auto naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.), openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Vervoer per auto van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug.
- Vervoer per openbaar vervoer (laagste klasse) van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg en terug.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Vergoeding van € 0,19, maximaal, per kilometer voor vervoer met auto naar medisch specialistische zorg.
 2. Vergoeding van 100 % voor openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor vervoer met auto naar medisch specialistische zorg (artikel D.12.1.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het ziekenvervoer houdt verband met medische zorg waar u volgens uw basisverzekering of aanvullende verzekering voor bent verzekerd.
- Er is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk.
- Het gaat om vervoer binnen Nederland of uw woonland.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2023

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
	bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75% van de nota tot max. 75% van het gemiddelde tarief dat wij met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken)	
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		D.6.
Traumaverwerking	100% bij arbeidsgerelateerde gebeurtenis	D.6.5.
Huidtherapieën		D.10.
Acnebehandeling	€ 200,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	€ 100,- eenmaal per verzekerde	D.10.4.
Ontharing	€ 500,- eenmaal per verzekerde	D.10.2.
Hulpmiddelen		D.4.
Aangepaste lingerie	€ 90,- (na borstamputatie) eenmaal per verzekerde	D.4.22.
Hulpmiddelen	€ 200,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage en/of van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering	D.4.1.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.
Hoofdbedekking	€ 75,- per jaar voor hoofdbedekking anders dan een pruik	D.4.4.b.
Persoonsalarmering	€ 150,- per jaar	D.4.16.a.
Plaswekker	100% bij koop of 4 maanden bij huur; eenmaal per verzekerde	D.4.6.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Thuisbewakingsmonitor	12 maanden	D.4.10.
Mantelzorg		D.24.
Mantelzorgcursus	€ 150,- eenmaal per verzekerde	D.24.1.
Mantelzorgvervangning	14 dagen per jaar voor de mantelzorger en/of de ontvanger van de mantelzorg	D.24.2.b.
Mantelzorgmakelaar	7 uur eenmaal per mantelzorger	D.24.3.
Medicijnen		D.3.
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5.b. D.3.2.a.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Sterilisatie	€ 400,- (man) of € 1.250,- (vrouw)	D.1.1.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Kunstgebit	€ 200,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-codes) vanaf 18 jaar	D.8.3.b.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Orthodontie	€ 1.000,- tot 18 jaar (80% per behandeling), zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt	D.8.1. en D.8.5.
Preventie		D.2.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2023

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Griep prik	1x per jaar	D.2.2.i.
Consult overgang en PMS	€ 200,- per jaar	D.2.5.a.
Vaccinaties	€ 250,- per jaar voor preventieve inentingen, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantie reis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf		D.13.
Hospice	€ 500,- per jaar van de eigen bijdrage (€ 30,- per dag)	D.13.7.
Herstellingsoord	€ 500,- per jaar	D.13.6.
Logeerkosten	€ 200,- per jaar en € 200,- per jaar voor een Mappa Mondo huis	D.13.2.a. D.13.2.b.
Therapeutisch kamp	€ 200,- per jaar tot 18 jaar	D.13.1.
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	€ 200,- per jaar per gezin vanaf 10e opnamedag	D.13.8.c.
Vervoer		D.12.
Reiskosten	€ 200,- per jaar (auto € 0,19 per km; openbaar vervoer 2e klasse 100%) voor de ouders als uw kind is opgenomen	D.12.2.b.
Vervoer aanvullende kilometervergoeding	€ 0,19 per km voor vervoer per auto bovenop de vergoeding uit de basisverzekering	D.12.1.b.
Vervoer auto of openbaar vervoer	€ 0,19 per km voor vervoer per auto of 100% voor openbaar vervoer 2e klasse (voor vervoer naar medisch specialistische zorg als u voor dit vervoer geen vergoeding uit de basisverzekering krijgt)	D.12.1.d.
Vervoer taxi	100%	D.12.1.c.
Vervoer wettelijke eigen bijdrage	100%	D.12.1.a.
Voetzorg		D.4. en D.15.
Voetzorg	€ 100,- per jaar voor algemene voetzorg; € 100,- per jaar voor de behandeling van ernstige bloedvatproblemen in de benen en/of bij reumatoïde artritis	D.15.1. D.15.2.
Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen	€ 100,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Zorg voor de bevalling		D.19.
Bevallingscursus	€ 200,- per jaar	D.19.2.
Zorg tijdens de bevalling		D.20.
Bevalling eigen bijdrage	€ 150,- van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering voor een poliklinische bevalling	D.20.1.
TENS	6 weken bruikleen (bij bevalling)	D.20.2.

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Thuisbewakingsmonitor (D.4.10.)	Maximaal 12 maanden eenmaal per verzekerde	
Braces en bandages (D.4.18.)	Maximaal € 150,- per jaar	
Alarmering bij epilepsie (D.4.20.)	100 %	
Redressiehelm (D.4.21.)	100 %	
Aangepaste lingerie (D.4.22.)	Maximaal € 90,- eenmaal per verzekerde	
Mantelzorg		
Mantelzorgcursus (D.24.1.)	Maximaal € 150,- eenmaal per verzekerde	
Mantelzorgvervangende (D.24.2.b.)	Maximaal € 2.250,- per jaar	
Mantelzorgmakelaar (D.24.3.)	Maximaal 7 uur eenmaal per verzekerde	
Medicijnen		
Wettelijke eigen bijdrage GVS voor anticonceptie medicijnen (D.3.2.a.)	100 %	Tot en met 20 jaar
Anticonceptie (medicijnen en hulpmiddelen) (D.3.5.b.)	Maximaal € 200,- per jaar	Vanaf 21 jaar
Medisch specialistische zorg		
Sterilisatie man (D.1.1.)	Maximaal € 400,-	- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie - U bent man
Sterilisatie vrouw (D.1.1.)	Maximaal € 1.250,-	- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze geen onderdeel zijn van de DBC declaratie - U bent vrouw
Mondzorg		
Wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-code) (D.8.3.b.)	Maximaal € 200,- per jaar	Vanaf 18 jaar
Kroon, brug en inlay (R-code) (D.8.2.)	Maximaal € 500,- per jaar	Tot en met 17 jaar

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Orthodontie (D.8.5.)	Maximaal € 1.000,- zolang u bij ons deze aanvullende verzekering heeft, 75% per behandeling, na een wachttijd van 365 dagen	• Tot en met 17 jaar
Mondzorg bij ongeval (D.8.6.)	Maximaal € 10.000,- per ongeval	
Preventie		
Griep prik (D.2.2.i.)	Maximaal 1 keer per jaar	
Preventie voor reizen naar het buitenland (D.2.3.e.)	Maximaal € 250,- per jaar, voor alle zorg samen	
Consult bij overgang of PMS (D.2.5.a.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Voedingsadvies (D.2.7.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Verblijf		
Therapeutisch kamp (D.13.1.)	Maximaal € 200,-	• Tot en met 17 jaar
Logeerkosten (D.13.2.a.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Logeerkosten Villa ExpertCare (D.13.2.b.)	Maximaal € 200,- per jaar	• Tot en met 17 jaar
Herstellingsoord (D.13.6.)	Maximaal € 500,- per jaar	
Eigen bijdrage verblijf in een hospice (D.13.7.)	Maximaal € 500,- per jaar, € 30 per dag	
Kinderopvang bij opname ouder (D.13.8.c.)	Maximaal € 200,- per jaar, per gezin, vanaf de 10e dag van de opname	
Vervoer		
Wettelijke eigen bijdrage van ziekenvervoer: vervoer per auto, vervoer per taxi, per openbaar vervoer of ander vervoer (D.12.1.a.)	100 %	
Aanvullende kilometervergoeding bij gebruik auto (D.12.1.b.)	Maximaal € 0,19 per kilometer, bovenop de vergoeding uit de basisverzekering, we vergoeden eerst uit de basisverzekering en daarna uit uw aanvullende verzekering	
Taxivervoer naar medisch specialistische zorg (D.12.1.c.)	100 %	
<i>U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:</i>		
1. vervoer met auto naar medisch specialistische zorg (D.12.1.d.)	Maximaal € 0,19 per kilometer	

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
2. openbaar vervoer naar medisch specialistische zorg (D.12.1.d.)	100 %	
Reiskosten ouders bij opname kind (D.12.2.)	Maximaal € 200,- per jaar	
<i>De vergoeding van € 200,- geldt voor de volgende zorg samen:</i>		
• reiskosten met auto bij opname kind (D.12.2.a.)	Maximaal € 0,19 per kilometer	
• reiskosten openbaar vervoer bij opname kind (D.12.2.a.)	100 %	
Voetzorg		
Algemene voetzorg (D.15.1.)	Maximaal € 100,- per jaar	
Zorg voor de bevalling		
Bevallingscursus (D.19.2.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Zorg tijdens de bevalling		
Eigen bijdrage poliklinische bevalling (D.20.1.)	Maximaal € 200,-	
TENS (D.20.2.)	6 weken	
Zorg na de bevalling		
Advies bij borstvoeding (D.21.1.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (D.21.2.)	Maximaal € 200,- per jaar	
Extra kraamzorg bij medische noodzaak (D.21.4.)	Maximaal 5 dagen maximaal 3 uur per dag	
Couveuse nazorg (D.21.5.)	Maximaal 15 uur	
Kraamzorg na ziekenhuisopname (D.21.6.)	Maximaal 15 uur	
Kraamzorg bij adoptie (D.21.8.)	Maximaal 3 dagen maximaal 3 uur per dag	