



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, farmaceutische zorg, specificatie nota's

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 19 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009

Zaaknummer : 201902684

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg ,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 3 augustus 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie hiervan is op 9 november 2020 aan verzoeker gezonden. Op 23 november 2020 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd en heeft hij zijn verzoek aan de commissie gewijzigd. Een kopie van deze reactie is op 24 november 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Op 11 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 14 december 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020054052) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 januari 2021 aan partijen gestuurd. Op 11 januari 2021 heeft de commissie van verzoeker aanvullende informatie ontvangen. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de op 11 januari 2021 ontvangen stukken zijn op 8 februari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Toen het geschil ontstond was, was verzoeker verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar op basis van de OHRA Zorgverzekering (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Aanvullend en OHRA TandenGaaf 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de in Spanje aan hem afgeleverde farmaceutische zorg te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 maart 2019 meegedeeld hiertoe niet over te gaan, omdat verzoeker de door hem verzochte (medische) informatie niet had overgelegd.

3.3. Op 8 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een akkoordverklaring gegeven voor het gebruik van Pantoprazol 40mg en Rivotril® tablet 0,5 mg in de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2019. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 juni 2019 een akkoordverklaring gegeven voor het gebruik van Deprax® 100 mg. Voor de geneesmiddelen Neupro® pleister 1 mg/24 uur en Paroxetine® tablet 20 mg hoefde geen voorafgaande machtiging te worden aangevraagd.

3.4. Na ontvangst van de hiervoor genoemde akkoordverklaring heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar enkele nota's en bonnetjes doen toekomen. Daarbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop meegedeeld hiertoe niet over te gaan, omdat belangrijke informatie op de ingediende nota's ontbrak.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 11 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar - via de commissie - per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij de vanaf 1 juli 2017 gemaakte kosten ter zake van het middel Zolpidem® tablet (zolpidem) ook zal vergoeden. Dit onder verrekening van het nog openstaande eigen risico.

3.7. Op 23 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk om welk product met paracetamol en sterkte het precies gaat.

Indien het geneesmiddel in de vrije verkoop beschikbaar is betreft het een zelfzorggeneesmiddel. Zelfzorggeneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Paracetamol 1000 mg tablet is een UR geneesmiddel (uitsluitend op recept verkrijgbaar). Ook dit product komt niet meer voor vergoeding in aanmerking. Voor paracetamol 1000 mg zijn alternatieven verkrijgbaar in de vrije verkoop daarom heeft het Zorginstituut in 2016 geadviseerd paracetamol 1000 mg tabletten niet meer te vergoeden ten laste van de basisverzekering. De minister heeft dit advies opgevolgd, per 1 januari 2019 is paracetamol 1000 mg niet meer opgenomen in het basispakket.

Het dossier bevat geen recept voor paracetamol 1000 mg tabletten. Daarom gaat het Zorginstituut ervan uit dat het product een zelfzorggeneesmiddel betreft dat niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie, na aanpassing van zijn verzoek, gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de kosten van de aan hem in Spanje afgeleverde medicijnen alsnog volledig moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering,
- (ii) deze kosten niet mag verrekenen met het nog openstaande eigen risico, en
- (iii) aan hem een bedrag van € 100,- ter zake van de wettelijke rente moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en het eigen risico, artikel 19 van Vo. nr. 883/2004, en artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Vergoeding geneesmiddelen

- 6.2. De commissie maakt uit de stukken op dat verzoeker al jaren in Spanje verblijft. Aanvankelijk had hij inkomsten van zijn vroegere werkgever, later leefde verzoeker van zijn spaargeld, en vanaf 2019 van een bijstandsuitkering. Omdat de ziektekostenverzekeraar geen standpunt heeft ingenomen over de gevolgen van een en ander voor de verzekeringsplicht van verzoeker, laat de commissie dit punt rusten en neemt zij aan dat verzoeker gedurende de gehele periode waarin dit geschil speelt in Nederland verzekerd is geweest op grond van de Zvw. Hieruit volgt dan dat de zorgverzekering doorlopend van kracht is geweest. Deze verzekering wordt in Europees verband gezien als een sociale ziektekostenverzekering, op grond waarvan een verzekerde een rechtstreeks beroep toekomt op Vo. nr. 883/2004.

- 6.3. Gelet op artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 bestaat aanspraak op zorg die tijdens het verblijf in een andere EU-lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Normaliter wordt de zorg in de lidstaat van verblijf in natura verleend op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC). Onduidelijk is of de EHIC door verzoeker is getoond. Kan de EHIC niet worden getoond of wordt deze door de zorgaanbieder niet geaccepteerd, dan voorziet artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 in de mogelijkheid de voor rekening van de verzekerde gebleven kosten van de genoten zorg te declareren bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in de bevoegde lidstaat (in dit geval Nederland) of dat van de lidstaat van verblijf (hier Spanje).

Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden niet compatibel zijn met de gang van zaken in Spanje. Voor zover dit laatste inderdaad het geval is, had verzoeker ervoor kunnen kiezen de betreffende recepten, nota's en bonnetjes in te dienen bij het Spaanse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Deze stukken zouden dan volgens de plaatselijke regels zijn beoordeeld.

Verzoeker heeft er echter voor gekozen de kosten bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Dit brengt met zich dat verzoeker is gebonden aan de Nederlandse wet- en regelgeving, alsmede aan de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar.

Ten aanzien van de aanspraken op grond van de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende.

- 6.4. Volgens verzoeker beschikt hij over een groot aantal recepten voor geneesmiddelen waarvan de kosten niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed omdat deze alleen bonnetjes van de daadwerkelijk aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen in behandeling neemt. De commissie kan dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar volgen. Uit de recepten die door verzoeker zijn overgelegd is namelijk niet op te maken of de betreffende middelen daadwerkelijk aan hem zijn afgeleverd en hierdoor kosten voor zijn rekening zijn gebleven, laat staan tot welk bedrag. Naast recepten heeft verzoeker een negental bonnetjes overgelegd. Op deze bonnetjes staan verschillende geneesmiddelen vermeld die zijn afgeleverd in de jaren 2015 en 2017. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van alle geneesmiddelen geweigerd. Na verschillende

heroverwegingen heeft de ziektekostenverzekeraar echter besloten voor de geneesmiddelen Neupro® pleister (rotigotine) 1 mg/24uur, Paroxetine® tablet (paroxetine) 20 mg, Rivotril® tablet (clonazepam) 0,5 mg, Deprax® tablet (trazodon) 100 mg, Pantoprazol® tablet (pantoprazol) 40 mg en Zolpidem® tablet (zolpidem) alsnog een vergoeding toe te kennen en verzoeker voornoemde voorwaarden niet tegen te werpen. Dit betreft echter uitsluitend de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2019.

De eveneens door verzoeker gedeclareerde kosten ter zake van aan hem afgeleverde geneesmiddelen van vóór 1 juli 2017, alsmede de kosten van paracetamol zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.


- 6.5. Met betrekking tot de bonnetjes die dateren van vóór 1 juli 2017 merkt de commissie op dat verzoeker niet eerder dan in de onderhavige procedure vergoeding van deze kosten heeft gevorderd. Volgens artikel 6, derde lid, van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen moet een verzoek bij de commissie echter worden ingediend binnen een jaar na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven, dan wel binnen een jaar nadat de consument redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn van een zodanig handelen of nalaten. Nu verzoeker pas vijf jaar na ontvangst van de bonnetjes vergoeding van de kosten vordert, oordeelt de commissie dat de termijn van artikel 6, derde lid, van het Reglement in zodanige mate is overschreden, dat verzoeker mede naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid thans geen aanspraken meer op aflevering van geneesmiddelen geldend kan maken. Over de vraag of de kosten van vóór 1 juli 2017 aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed doet de commissie dan ook geen uitspraak.
- 6.6. Van de geneesmiddelen die ná 1 juli 2017 aan verzoeker zijn afgeleverd wordt alleen het middel paracetamol niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Naast de kwestie van de bonnetjes, speelt bij dit geneesmiddel een rol dat het alleen in een bepaalde dosering onder de dekking valt. De door verzoeker overgelegde stukken bieden op dit punt geen duidelijkheid. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 23 december 2020 toegelicht dat paracetamol in de lagere doseringen wordt gerekend tot de zelfzorggeneesmiddelen, die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Anders is dit voor het middel in de dosering 1000 mg, dat echter met ingang van 1 januari 2019 (ook) niet meer wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit omdat voor deze variant verschillende alternatieven verkrijgbaar zijn in de vrije verkoop. Voor paracetamol 1000 mg geldt dat dit een UR (uitsluitend op recept verkrijgbaar) geneesmiddel is. Het dossier bevat geen recept voor paracetamol 1000 mg tabletten. Daarom gaat het Zorginstituut ervan uit dat de paracetamol die aan verzoeker is afgeleverd de lagere dosering betreft, waarop destijds geen aanspraak bestond. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de aan hem afgeleverde paracetamol ten laste van de zorgverzekering.

Verrekening eigen risico

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de onder 6.4 genoemde geneesmiddelen vergoed ten laste van de zorgverzekering. Ter zitting heeft verzoeker ook nadrukkelijk bestreden dat het hier zou gaan om een onverplichte vergoeding. Onomstreden is dat de betreffende kosten vallen onder het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 9.1 van de zorgverzekering, en dat dit verplicht eigen risico in 2017 en 2019, zijnde de jaren waarin de zorgkosten zijn gemaakt, nog niet was volgemaakt. Het stond de ziektekostenverzekeraar daarom vrij de vergoedingen te verrekenen met het nog openstaande eigen risico 2017 en 2019 (€ 167,06 en € 106,88). Verzoeker is deze bedragen aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd.


Wettelijke rente

- 6.8. Door verzoeker is voorts aanspraak gemaakt op een bedrag van € 100,-- ter zake van de wettelijke rente. Verzoeker vordert dit bedrag omdat de ziektekostenverzekeraar pas na drie jaren is overgegaan tot vergoeding van een deel van de kosten. Voor de aanspraak op wettelijke rente is




echter vereist dat deze wordt aangezegd. Niet is gebleken dat verzoeker de wettelijke rente tijdig heeft aangezegd, zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 10 februari 2021,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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 hebt. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt 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 hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, 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 hebt, 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, hebt 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 hebt gedaan, 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.

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-zorgproduct-code). 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 hebt 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 laboratoriumkos-

ten 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:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
- 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) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
- De kosten van nacontroles van 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.).
- 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. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
- 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 hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier (nog) geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's voor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

- De kosten van ketenzorg (zie ook artikel B.24.).
- 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.

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.

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 zorgverlener (die een betaalovereenkomst met ons heeft) 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 geen betaalovereenkomst met ons heeft), 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 2018. Van 23 september 2018 tot en met 31 december 2018 is 100 dagen. 2018 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 = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 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 hebt 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 2018 t/m 30 juni 2018; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2018 t/m 31 december 2018; 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; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2018 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2018 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2018 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.
- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deel-

namejaar in 10 termijnen.

jaar.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerd u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- 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 uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 hebt.
- 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. Wij kunnen voor de akkoordverklaring nog aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

- De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

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 internetsite van de overheid: www.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)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering. Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze internetsite 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

De minister van VWS 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 www.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.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (Bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie ook 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, effectief en het meest economisch is.

Let op!

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

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt ver-

rekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig hebt (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), hebt u in totaal maximaal 10x deze eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x in dat jaar worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende nota's 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 hebt u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.

- 2019 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2019 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 hebt 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 zit;
4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
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. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie

- en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
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: Nader voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
 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;
 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

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.b. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plagen te bieden.

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 deelleveringen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.

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 hebt - 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, opname of -ontslag;

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze internetsite.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - 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 apotheekhoudend 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 spoedeisende situatie.

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3.

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

Voor medicijnen die niet op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie).

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheek-

houdend 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 (zie Reglement Farmacie in hoofdstuk 3);
- 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 geneesmiddel, 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 vindt u op www.wetten.overheid.nl. op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Wij kunnen aanvullende voorwaarden stellen aan de soort voorschrijver.

Toelichting:

Zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist heeft een specifiek deskundigheidsgebied. Binnen dit gebied mogen de physician assistant en/of verpleegkundig specialist zelfstandig UR-('uitsluitend recept') medicijnen voorschrijven. De physician assistant wordt opgeleid binnen geneeskundige deelgebieden zoals anesthesiologie, cardiologie, orthopedie etc. Hij/zij mag slechts UR-medicijnen voorschrijven die binnen dit deelgebied gebruikelijk zijn. De verpleegkundig specialist wordt opgeleid binnen een specifiek specialisme. In de dagelijkse praktijk baseren de physician assistant en verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende deelgebied of specialisme. De physician assistant en/of verpleegkundig specialist legt in overleg met de arts (of binnen het samenwerkingsverband) vast welke UR-

medicijnen binnen de reikwijdte van de voorschrijfbevoegdheid vallen en in welke situatie.

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 plotseling optredende 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.

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, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

Voor sommige medicijnen uit het GVS gelden extra voorwaarden of is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de inter-

net-site van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uitvoert.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze medicijnen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

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

Tarieven

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

Plaats

De medicijnen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woon- of verblijfadres.

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. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

- De zorg valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apotheehouder huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apotheehouder) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte hebt aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

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

Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apotheehouder huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woon- of verblijfadres.

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat onderstaande medicijnen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze medicijnen zijn ook zonder recept verkrijgbaar.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Dit zijn medicijnen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- kalktabletten;
- medicijnen bij allergie;
- medicijnen tegen diarree;
- medicijnen om de maag leeg te maken;
- kunsttranen.
- maagzuurremmers inclusief medicijnen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- De voorschrijver verwacht dat u het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers middelen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring. Wij kunnen hierbij aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Uitgesloten zijn magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan medicijnen die geregistreerd zijn.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing

als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationale farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationale farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) kan nodig zijn. Zie hiervoor artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.

Tarieven

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

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als

zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);

- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Behandelvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - 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;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.
6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.

A.18. Akkoordverklaring

A.18.1.1. Akkoordverklaring

In de artikelen in hoofdstuk B en D geven wij aan of een akkoordverklaring nodig is. Als daar staat dat dit nodig is, is het een verplichting. Een akkoordverklaring is altijd voorafgaand aan de betreffende zorg nodig. Als wij u een akkoordverklaring geven, weet u in hoeverre de zorg die u nodig hebt, 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 de zorgverlener dit niet zelf kan beoordelen, zal hij de aanvraag voor een akkoordverklaring naar ons insturen.

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. 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 nadere voorwaarden stellen voor de akkoordverklaring.

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 er vanuit 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 hebt gegeven.

A.18.4. Geldigheidsduur

Een akkoordverklaring is geldig:

- voor maximaal 365 dagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven 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 hebt 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.
- U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, of aan welke andere derde dan ook.
- U kunt aan zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, of aan welke andere derde dan ook, geen toestemming geven om namens u te declareren of voor u een betaling in ontvangst te nemen.

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 gefo-

tografeerde rekeningen;

- online via uw persoonlijke pagina (in de Mijn-omgeving op onze internetsite) 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 hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) rekeningen die u eerder hebt 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;
- afkomstig zijn van u, of van / namens de zorgverlener of zorginstelling;
- zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van rekeningen gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst.

De zorgverlener moet in ieder geval op een rekening zetten:

- de naam van de zorgverlener;
- het adres van de zorgverlener;
- uw naam;
- de inhoud van de behandeling;
- de datum waarop of de periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- het declaratiebedrag van de geleverde zorg;
- de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm, als u de

medicijnen in het buitenland hebt gehaald.

Daarnaast moet, indien van toepassing, op de rekening staan:

- het nummer waaronder de zorgverlener in het BIG-register is opgenomen en
- de AGB-code.
- voldoen aan de door de NZa gestelde specifieke eisen. Deze eisen gelden boven die van de belastingdienst;
- bij medisch specialistische zorg kosten bevatten met vermelding van de juiste DBC-zorgproductcode.

Bij vergoeding gaan wij uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de datum van de rekening.

Let op!

- Wij geven geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen.
- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.
- Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een betaalovereenkomst te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.