



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Laboratoriumonderzoek, ImuPro Complete voedselovergevoeligheidstest
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000347
Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure



2.1. Op 2 augustus 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Hij heeft zijn standpunt op 3 augustus 2020 en 2 september 2020 per brief nader onderbouwd.



2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 3 november 2020 aan verzoeker gezonden.



2.3. Op 1 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020048587) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 1 december 2020 aan partijen gestuurd.



2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.



2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten



3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).



3.2. Verzoeker had in het verleden lichamelijke en geestelijke klachten. Deze hadden een grote, negatieve impact op zijn leven. In verband met de vele klachten heeft een uitgebreid medisch traject plaatsgevonden, zoals onderzoeken in diverse ziekenhuizen en een opname van ruim een jaar binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In 2012 heeft verzoeker op voorschrift van een arts een voedselintolerantietest gedaan bij laboratorium Pro Health Medical (verder: het laboratorium). De kosten van dit onderzoek heeft hij zelf betaald. Verzoeker heeft op basis van de uitslag van de voedselintolerantietest zijn dieet aangepast. Nadien ervoer hij verbetering van zijn gezondheidstoestand. In 2016 heeft verzoeker nogmaals een voedselintolerantietest afgenomen bij het laboratorium. De kosten hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar vergoed op basis van coulance. Verzoeker wenst thans opnieuw een voedselintolerantietest te laten uitvoeren. Hij heeft in dat kader in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor vergoeding van een ImuPro Complete voedselintolerantietest, wederom uit te voeren door het laboratorium.



 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde voedselintolerantietest.

 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 2 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

 3.5. Op 1 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“De ImuPro Complete test is een test waarbij IgG antistoffen tegen 270 specifieke voedselantigenen worden bepaald. Deze diagnostiek valt onder de alternatieve geneeswijzen. In de Nederlandse richtlijnen wordt het bepalen van IgG tegen voedselantigenen niet aanbevolen. Uit beschrijvende reviews komt naar voren dat de bepaling van IgG een niet gevalideerde test is. In Europese en Amerikaanse richtlijnen en een Canadees standpunt worden deze testen expliciet afgeraden voor de diagnostiek van voedselallergie. IgG antistoffen tegen voedselantigenen zijn aanwezig door blootstelling aan en tolerantie voor voedsel bij gezonde personen en correleren niet met symptomen of ziekte. IgG testen worden daarom niet aanbevolen om een voedselallergie vast te stellen.

Conclusie

De ImuPro Complete test is een niet gevalideerde test, die niet wordt aanbevolen voor de diagnostiek van voedselallergie. Het is daarom geen zorg zoals huisartsen of medisch-specialisten plegen te bieden en valt niet onder de Zvw.”

4. Geschil

 4.1. De commissie interpreteert het verzoek van verzoeker aldus dat hij haar verzoekt te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de aangevraagde, door het laboratorium uit te voeren ImuPro Complete voedselintolerantietest te vergoeden.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.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 geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

 6.2. Verzoeker heeft gesteld iedere vier jaar te zijn aangewezen op een voedselintolerantietest, uit te voeren door het laboratorium. Dit vanwege het dynamische verloop van zijn voedselintolerantie waardoor de mate van (in)tolerantie voor voedingsmiddelen in de loop der tijd wijzigt. Na om en nabij de vier jaar dienen zich in toenemende mate oude en nieuwe klachten aan, zoals ook nu het geval is.

De ziektekostenverzekeraar moet de kosten van dit onderzoek vergoeden om zo kosten van andere zorg in de toekomst te besparen. Verzoeker merkt op dat deze kosten niet in verhouding staan tot de kosten van reguliere zorg die hij anders nodig zou hebben, en die wel door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.

Verzoeker heeft diverse artikelen overgelegd als wetenschappelijke onderbouwing van de aangevraagde voedselintolerantietest.

- 6.3. Verzoeker heeft de commissie met klem gevraagd ook te kijken naar de redelijkheid en billijkheid van zijn verzoek.
In dit verband heeft hij gesteld dat, na een lang, kostbaar en vruchteloos traject in de 'reguliere' zorg, bij een voedselintolerantietest in 2012 de juiste oorzaak van zijn vele en ernstige klachten is geconstateerd, namelijk een levensbedreigende, aangeboren auto immuunziekte in de vorm van een langdurige voedselintolerantie. Dit maakte een einde aan zijn lijdensweg en bracht een oplossing voor zijn vele klachten.
Verzoeker wijst erop dat hij in verband met zijn toenemende klachten, als gevolg van het uitblijven van vergoeding van de gewenste voedselintolerantietest, momenteel een beroep doet op verschillende vormen van zorg die wél door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Een en ander had voorkomen kunnen worden met de aangevraagde voedselintolerantietest. Het komt erop neer dat met een kostenpost van om en nabij de € 400,-- per vier jaar voor de ziektekostenverzekeraar, dit is om en nabij de € 100,-- per jaar, preventief veel ellende en medische kosten kunnen worden voorkomen.
Verzoeker heeft gesteld dat hij de ziektekostenverzekeraar hierop verschillende malen heeft gewezen. Bovendien had hij een en ander ook zelf aan zijn bankrekening kunnen ervaren. Zo wijst verzoeker op zijn opname van ruim een jaar binnen de GGZ, hetgeen het gevolg was van een in zijn ogen foutieve diagnose, en onbekwame en door economische motieven gemotiveerde zorgverleners.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de artikelen die verzoeker heeft overgelegd met name zien op de invloed van voeding op ziekte en gezondheid. Alhoewel de ziektekostenverzekeraar het belang van voeding op ziekte en gezondheid onderschrijft, is dit voor de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van de aangevraagde voedselintolerantietest niet relevant. De meerwaarde en validiteit van tests zoals door verzoeker aangevraagd staan zeer ter discussie en worden niet beschouwd conform de stand van de wetenschap en praktijk te zijn. In dit kader verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het overgelegde artikel 'Alternatieve klinisch-chemische laboratoria: leveranciers van onjuiste of niet-bestaande diagnoses', uit het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde. Het betrokken laboratorium weet volgens hem dat de aangevraagde voedselintolerantietest niet behoort tot de verzekerde prestaties uit de Zvw en niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. Zo vermeldt het laboratorium op zijn website dat de onderzoeken standaard niet worden vergoed.

Zorgverzekering

- 6.5. Op grond van artikel A.3.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden. Hiertoe behoort ook het laboratoriumonderzoek.
Ten aanzien van de onderhavige Imu Pro Complete voedselintolerantietest heeft het Zorginstituut, desgevraagd, in het voorlopig advies van 1 december 2020 geconcludeerd dat dit *“een niet gevalideerde test is, die niet wordt aanbevolen voor de diagnostiek van voedselallergie. Het is daarom geen zorg zoals huisartsen of medisch-specialisten plegen te bieden en valt niet onder de Zvw”*. Geadviseerd wordt daarom tot afwijzing van het verzoek. In het definitief advies van 21 december 2020 wordt dit standpunt gehandhaafd.
De commissie neemt de conclusie en het advies van het Zorginstituut over. Hieruit volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de Imu Pro Complete voedselintolerantietest op basis van de zorgverzekering.
- 6.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat de kosten van de voedselintolerantietest moeten worden vergoed, omdat hierdoor andere kosten - die wel worden vergoed - worden voorkomen. De commissie overweegt dat alleen recht bestaat op zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. De zorgverzekering kent geen mogelijkheid tot substitutie van zorg.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering (Gezond) biedt onder voorwaarden een gemaximeerde vergoeding voor de in het 'Vergoedingen Overzicht' benoemde preventieve onderzoeken tezamen. Tot deze preventieve onderzoeken behoren:
- (i) preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen;
 - (ii) onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen;
 - (iii) de gezondheidscheck basis, inclusief vingerprik naar cholesterolprofiel en diabetesprofiel.
- De aanspraak is nader uitgewerkt in artikel D.2.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- Het door verzoeker aangevraagde voedselintolerantieonderzoek behoort niet tot één van voornoemde onderzoeken. Ook anderszins biedt de aanvullende ziektekostenverzekering (Gezond) geen dekking voor de ImuPro Complete voedselintolerantietest.
- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering (Uitgebreid) biedt onder voorwaarden een gemaximeerde vergoeding voor de in artikel D.7 van de voorwaarden van deze verzekering genoemde vormen van alternatieve geneeswijzen, te weten: acupunctuur, chiropractie, homeopathie, osteopathie, psychosociale zorg en natuurgeneeswijzen, dit laatste althans uitsluitend voor zover het gaat om een antroposofisch consult, auriculotherapie (ooracupunctuur), haptonomie/haptotherapie, kinesiologie, musculoskeletale geneeskunde, orthomanuele geneeskunde, reflexzonetherapie/voetreflextherapie en shiatsu. Het betreft hierbij consulten en behandelingen.
- De commissie constateert dat de aangevraagde voedselintolerantietest weliswaar behoort tot de diagnostiek in het kader van alternatieve geneeswijzen, maar dat dergelijke diagnostiek onder genoemd artikel expliciet is uitgesloten van dekking. Ook anderszins biedt de aanvullende ziektekostenverzekering (Uitgebreid) geen dekking voor het aangevraagde voedselintolerantietest.

Redelijkheid en billijkheid

- 6.9. De commissie overweegt dat de dekking van de zorgverzekering moet overeenkomen met het bepaalde in de Zvw, het Bzv en de Rzv. In genoemde regelingen is de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties (publiekrechtelijk) geregeld. Het weigeren van vergoeding van zorg buiten het publiekrechtelijk vastgestelde verzekerde pakket om kan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn als zich zeer bijzondere omstandigheden voordoen. Dit kan slechts bij hoge uitzondering worden aangenomen, zoals blijkt uit het zogenoemde Bosentan-arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679). Aanspraak op vergoeding of verstrekking buiten het pakket om kan bestaan als (i) de kosten van de betreffende vorm van zorg zodanig hoog zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan opbrengen, (ii) alternatieven ontbreken, (iii) de betreffende vorm van zorg noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, en (iv) aan te nemen valt dat de betreffende vorm van zorg, mede in verband met zijn werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het pakket.
- In de onderhavige situatie wordt niet aan alle, hiervoor genoemde voorwaarden voldaan zodat geen ruimte is voor afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.10. Ten aanzien van de aanvullende verzekeringen geldt dat de ziektekostenverzekeraar een grote mate van vrijheid heeft bij het bepalen van de inhoud van de aanspraken en verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de door verzoeker gewenste intolerantietest niet onder de dekking van deze verzekering te brengen. Hierop is de premiestelling gebaseerd en met die dekking is verzoeker akkoord gegaan door het afsluiten dan wel laten doorlopen van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- Mede gelet op de beperkte kosten – door verzoeker berekend op € 400,- per vier jaren – kan niet met recht worden gesteld dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien hem de tussen partijen overeengekomen beperkingen in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering worden tegengeworpen.

6.11. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar tot slot niet verplichten de aangevraagde voedselintolerantietest onverplicht, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden. Het toepassen van coulance is in beginsel voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Een uitzondering hierop bestaat als de ziektekostenverzekeraar een beleid voert om voedselintolerantietesten te vergoeden dan wel in een meerderheid van gelijke gevallen wél een coulancevergoeding heeft toegekend. In dit verband heeft verzoeker gesteld dat het vergoeden van de voedselintolerantietest door de ziektekostenverzekeraar in 2016 berustte op de forse kostenbesparing die deze test met zich zou brengen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gemotiveerd betwist en aangevoerd dat hij in 2016 tot toepassing van coulance heeft besloten, omdat hij verzoeker per abuis onjuist zou hebben geïnformeerd over de vergoeding van de destijds door verzoeker gewenste voedselintolerantietest. Hij zou hem toen hebben meegedeeld dat de test alleen kon worden vergoed als deze werd aangevraagd door de huisarts. In 2019 is volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake geweest van onjuiste informatievoorziening. De commissie concludeert op basis van het voorgaande dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat in 2016 een onverplichte vergoeding werd verleend vanwege een kostenbesparing. Veeleer was dit met het oog op de onjuiste informatievoorziening. Met betrekking hiertoe geldt dat de omstandigheden in 2019 niet de zelfde zijn als in 2016, terwijl verzoeker sindsdien bekend is geworden met de beperkingen in de dekking. Op de onjuiste informatieverstrekking bij een eerdere gelegenheid kan hij zich thans niet meer met succes beroepen. Van gelijke gevallen is dan ook geen sprake.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 januari 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Besluit zorgverzekering

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 verslakte 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 gehemeltespelten, 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

arts of een andere zorgverlener die we noemen onder 'Verwijzing'. Als deze zorgverlener vindt dat u zorg nodig hebt die hij u niet kan geven, verwijst hij u door naar een andere zorgverlener. Dit gebeurt met een (online) verwijfsbriefje.

Verzekerde

Degene voor wie zorg en/of kosten van zorg zijn verzekerd. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering die kan bestaan uit een of meer van de volgende verzekeringen:

- zorgverzekering;
- ziektekostenverzekering;
- aanvullende verzekering.

Als de verzekering uit een combinatie van 2 of meer van de hiervoor genoemde overeenkomsten van verzekering bestaat, dan bevat die combinatie slechts één zorgverzekering of ziektekostenverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan. De polis staat op zijn of haar naam. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van "u (verzekeringnemer)" en "uw (verzekeringnemer)".

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziektekostenverzekering

Dit is een verzekering die geen zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet. Het is een niet-wettelijke basisverzekering. Een ziektekostenverzekering kan alleen afgesloten worden en is alleen van kracht als er geen verzekeringsplicht

volgens de Zorgverzekeringswet bestaat. Deze verzekering biedt een zelfstandige dekking zonder dat sprake is van een aanvulling op een andere verzekering.

Zorggroep

Organisatieverband van zorgverleners, geregistreerd als rechtspersoon. Zie ook artikel A.17.

Zorgverzekeraar

Een verzekeringsondernemer die als zodanig is toegelaten en zorgverzekeringen aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons".

Zorgverzekering

Een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet met zorg of een vergoeding van zorg. Een zorgverzekering is hetzelfde als een basisverzekering. U kunt beide begrippen door elkaar heen tegenkomen.

A.2. Grondslag van uw verzekering

A.2.1. Algemeen

U hebt bij ons een verzekering afgesloten. Wij leggen de overeenkomst vast op het polisblad. Wij sturen u deze jaarlijks toe.

A.2.2. Verzekeringsplicht

U kunt bij ons een zorgverzekering afsluiten als u volgens de Zorgverzekeringswet verzekeringsplichtig bent.

A.2.3. Basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- deze verzekeringsvoorwaarden;
- het aanmeldformulier en de gegevens die u daarop hebt ingevuld of een derde namens u daarop heeft ingevuld;
- de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de verzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde gegeven;
- het polisblad, reglementen, protocollen en polisbijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

A.2.4. Basis van uw zorgverzekering

De zorgverzekering is behalve op artikel A.2.3. ook gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;

- het Besluit zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering;
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde "standpunten").

A.2.5.

VERVALLEN

A.2.6. Informatie van derden

Wij gaan ervan uit dat de informatie die derden over uw aanmelding voor een verzekering aan ons geven, bij u bekend is. Wij beschouwen die informatie als van u afkomstig.

A.2.7. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij een verzekering. Alleen de verzekeringnemer mag deze opzeggen of wijzigen.

A.2.8. Controle van het polisblad

Wij gaan ervan uit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Neemt u binnen die periode daarover geen contact met ons op, dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

A.2.9. Uw pasje

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast het polisblad van uw zorgverzekering, een verzekeringspasje. Op vertoon van dit pasje kunt u verzekerde zorg krijgen bij die zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten en/of op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Let op!

U krijgt geen verzekeringspasje:

- als u niet een zorgverzekering maar een ziektekostenverzekering hebt; of
- als u alleen maar een aanvullende verzekering hebt.

A.2.10. Geldige verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als volgens u een andere versie van de verzekeringsvoorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling van toepassing is of dat een andere tekst van kracht is, gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die op dat moment van kracht zijn en die wij in ons bezit hebben.

A.2.11. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en/of bijlagen ook uitgeven in één of meerdere andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg daarvan bestaan tussen de Nederlandse versie en de versie in de andere taal, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij in ons bezit hebben.

A.2.12. Verzekeringsvoorwaarden wijken af van de wet

Wij zorgen ervoor dat de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen overeenstemmen met geldende wetgeving. Wanneer nieuwe of gewijzigde wetgeving laat of tussentijds in werking treedt, kunnen een of meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan alle volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

De zorg is als verzekerde zorg genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden.

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).

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). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadvisering en preventieve zorg (zie artikel B.21);
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- conceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
 - gezonde voeding;
 - inname van vitamines;
 - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
 - medicijngebruik;
 - infectieziekten en vaccinaties;
 - ziekten en zwangerschapscomplicaties.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
 - advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland. Deze zorg valt onder artikel D.2.3.
- Een MRI uitgevoerd door een ziekenhuis of laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, valt onder het eigen risico. Ook als dit plaatsvindt op verzoek van de huisarts.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant).

De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan wij in dit geval niet een instelling voor medisch specialistische zorg en ook niet een verpleeghuis.

B.3.2. Overige huisartsenzorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Het gaat hierbij om geneeskundige zorg die grenst aan huisartsengeneeskunde en waarover wij een zorgovereenkomst hebben gesloten met uw huisarts of waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld in de Beleidsregel Overige geneeskundige zorg.

Deze zorg omvat:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- therapeutische injectie (cyriax);
- inbrengen IUD / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- compressietherapie bij open wonden;
- oogboring
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- doppleronderzoek (vaatonderzoek);
- spirometrie (longfunctiemeting);
- koemelkallergietest;
- het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Consulten zijn vrijgesteld van eigen risico; overige kosten (vaccinatie, entstoffen, laboratoriumkosten en diagnostische onderzoeken) vallen wel onder het eigen risico.
- Een Mantoux-test in het kader van preventie voor een reis naar het buitenland valt niet onder dit artikel maar onder artikel D.2.3.

Voorwaarden

Algemeen

- Zie artikel B.3.1.
- De koemelkallergietest is een dubbelblinde voedselprovoCATietest volgens de geldende JGZ richtlijn Voedselovergevoeligheid. Onder medisch toezicht wordt in 2 sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend waarbij noch de zorgverleners, noch u of uw kind weten welke voeding koemelk bevat.
- In het kader van het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten kan een

Mantoux-test worden afgenomen. Hierbij kan sprake zijn van noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. De Mantoux-test kan uitsluitend op consultbasis gedeclareerd worden door een gecontracteerde GGD.

Zorgverlener

- De koemelkallergietest wordt uitgevoerd door een zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van een jeugdarts en waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG). Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.
- Het inbrengen IUD / implanteren of verwijderen implanonstaafje kan, naast de huisarts, ook worden gedaan door een verloskundige die geregistreerd is op de bekwaamheidslijst van de KNOV.
- De overige huisartsenzorg wordt geleverd door of onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Plaats

- De koemelkallergietest vindt plaats in een instelling van de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten vindt plaats op een locatie waarover wij afspraken hebben gemaakt met de betreffende zorgverlener.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatri-

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.
- De zorg valt onder 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:
 - 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 hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - 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. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

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.

Let op!

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

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 of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling 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 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.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgie. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare li-

chamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslapte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden ooglaserverhandeling niet onder dit artikel maar in artikel D.1.4. (gezichtsscherptebehandelingen); kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.

Voorwaarden

Algemeen

- De maximum vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- De maximum vergoeding geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.8. Behandeling tegen snurken

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een behandeling tegen snurken. 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 kosten van (voorgeschreven) hulpmiddelen tegen snurken.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.1.9. Borstprothese

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden medisch specialistische zorg (plastische chirurgie) waarbij één of beide borstprothese(n) wordt (worden) vervangen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van vervanging van (een) borstprothese(n) in een andere situatie dan na borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst(en).
- Er moet sprake zijn van één van de situaties zoals beschreven in artikel B.4.5.

Let op!

Vervanging van (een) borstprothese(n) die is (zijn) ingebracht na een borstamputatie of als gevolg van het volledig ontbreken van borstontwikkeling bij de vrouw (agenesie/aplasie), kan uit de zorgverzekering vergoed worden. Zie hiervoor artikel B.4.1.

Zorgverlener

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg.

D.2. Preventie

D.2.1. Preventieve inentingen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden preventieve inentingen ter voorkom-

ming van:

- a. griep (influenza);
- b. meningokokken.

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 inentingën die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een apotheek, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of leverancier met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, levert de entstof van de preventieve inentingën, die door of onder verantwoordelijkheid van een arts worden geplaatst.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

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:
 - zelftesten;
 - (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
 - (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning nodig is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
 - beeldvormende diagnostiek (bijvoorbeeld Total Body Scan);
 - keuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).
- (Preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar in artikel D.2.6. "Sportmedisch advies".
- Laboratoriumonderzoek vergoeden wij niet onder dit artikel maar in artikel B.3. "Huisartsenzorg" als het onderzoek door de huisarts wordt uitgevoerd, of onder artikel B.4. "Medisch specialistische zorg" als het onderzoek door een laboratorium wordt uitgevoerd.

D.2.2. Preventief onderzoek

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende onderzoeken:

- a. preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen;
- b. online gezondheidscheck of een basis preventief onderzoek naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken. Dit onderzoek wordt uitgevoerd zoals afgesproken met de zorgverlener of zorginstelling waarmee wij hierover een zorgovereenkomst gesloten hebben;
- c. de "Gezondheidscheck Basis en vingerprik", naar aanleiding van een door ons aangewezen gezondheidscheck;
- d. onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen.

Toelichting bij onderdeel c.:

De Gezondheidscheck bestaat uit een persoonlijk account waarin verzekerden toegang krijgen tot geselecteerde modules. Na de check ontvangt de verzekerde een persoonlijk Gezondheidsrapport en Gezondheidsplan met praktische adviezen en verwijzing naar passende hulp.

Voorwaarden

Algemeen

- Het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is.
- De gezondheidscheck van artikel D.2.2.c. en de eventuele vervolgonderzoeken vinden online plaats via een door ons aangewezen internetsite.
- Vervolgonderzoeken vinden plaats naar directe aanleiding van en op advies van de gezondheidscheck.

Zorgverlener

- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.b. wordt uitsluitend uitgevoerd door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten.
- De gezondheidscheck en de eventuele vervolgonderzoeken worden verricht door de zorgverlener verbonden aan de internetsite die wij hebben aangewezen en gecontracteerd.
- Voor het periodiek geneeskundig onderzoek van artikel D.2.2.d. hoeft de zorgverlener of

D.7. Alternatieve geneeswijzen

D.7.1. Alternatieve en/of psychosociale behandelingen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende vormen van behandelingen:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- homeopathie;
- osteopathie;
- natuurgeneeswijzen. Hieronder vallen:
 - antroposofisch consult;
 - auriculotherapie (ooracupunctuur);
 - haptonomie/haptotherapie;
 - kinesiologie;
 - musculoskeletale geneeskunde;
 - orthomanuele geneeskunde;
 - reflexzonetherapie/voetreflextherapie;
 - shiatsu.

Andere vormen van natuurgeneeskunde worden niet vergoed.

- Psychosociale zorg.

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 kosten van:
 - verzekerde zorg (behandelingen en consulten) op grond van uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed.

Pas als is vastgesteld dat de zorg niet onder uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg of psychosociale zorg voor vergoeding in aanmerking komt;

- experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
- laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd door een therapeut of arts die alternatieve of psychosociale zorg verleent;
- ontspanningsoefeningen zoals yoga, Qi-gong en Thai Chi en behandelingen gericht

- op ontspanning zoals massagetherapie;
- vormen van coaching.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze internetsite.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.7.2. Alternatieve medicijnen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief medicijn. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische medicijnen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op www.z-index.nl/g-standaard.

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de

kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

aanvullende verzekering OHRA Gezond (modelnummer: 7700130) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Gezond.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Preventie		D.2. en D.22.
Gezondheids cursus	€ 150,- per jaar (incl. beweegprogramma)	D.2.8. en D.22.1.
Preventief onderzoek	€ 150,- per jaar voor deze onderzoeken samen: 1x per jaar onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaataandoeningen; 1x per jaar onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen; 100% voor gezondheidscheck basis incl. vingerprik naar cholesterolprofiel en diabetesprofiel	D.2.2. D.2.2.a. D.2.2.d. D.2.2.c.
Sportmedisch advies	€ 150,- per jaar	D.2.6.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

aanvullende verzekering OHRA Uitgebreid (modelnummer: 7700105) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Uitgebreid.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve geneeswijzen		D.7.
Alternatieve geneeswijzen	€ 750,- per jaar voor alternatieve en/of psychosociale behandelingen (€ 45,- per dag) en medicijnen (100%) samen	D.7. D.7.1. en D.7.2.
Buitenland spoedzorg		D.14.
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 250,- per jaar vanaf 18 jaar	D.14.b.
- Vervoer stoffelijk overschot	100%	D.14.f.
- Opsturen van medicijnen en hulpmiddelen	100%	D.14.g.
- Telecommunicatiekosten	€ 350,- per jaar	D.14.h.
- Medische advies	100% door hulpdienst	D.14.i.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
Diëtietiek		D.18.
Diëtietiek	€ 150,- per jaar	D.18.
Ergotherapie		D.17.
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17.1.
Begeleiding mantelzorger bij ergotherapie	2 uur per jaar	D.17.2.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/ Mensendieck		D.16.
Fysiotherapie en oefentherapie	18 behandelingen per jaar en 100% van een screening voorafgaand aan de behandeling	D.16.1. D.16.1.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		D.6.
Lichttherapie	€ 250,- per jaar bij winterdepressie	D.6.4.
Traumaverwerking	100% bij arbeidsgerelateerde gebeurtenis	D.6.5.
Huidtherapieën		D.10.
Acnebehandeling	€ 150,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	€ 150,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	€ 200,- per jaar	D.10.2.
Hulpmiddelen		D.1. en D.4.
Aangepaste lingerie	€ 90,- (na borstamputatie) zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.22.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Hulpmiddelen	€ 1.000,- 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.
Bril, lenzen en ooglaseren	€ 75,- per 2 jaar	D.4.7.a/b/c en D.1.4.
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; eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	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,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar	D.24.2.
Medicijnen		D.3.
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5. D.3.2.a.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	€ 150,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.2.b.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Borstprothese	100% voor vervanging	D.1.9.
Flapoorcorrectie	100%, eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	D.1.3.
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	€ 400,- (man) of € 1.250,- (vrouw)	D.1.1.
Sterilisatie ongedaan maken	100%	D.1.2.
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.
Orthodontie	€ 2.000,- tot 18 jaar (75% per behandeling), zolang u bij ons verzekerd bent; € 250,- vanaf 18 jaar, zolang u bij ons verzekerd bent	D.8.1. en D.8.5. D.8.1. en D.8.5.
Obesitas behandeling		D.11.
Obesitas behandeling	€ 500,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.11.
Preventie		D.2.
Consult voor vrouwen	€ 200,- per jaar	D.2.5.a./b.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Griep prik	1x per jaar	D.2.1.a.
Vaccinaties	€ 250,- per jaar voor preventieve inentingen, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantiereis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 200,- per jaar	D.2.7.
Stottertherapie		D.5.
Stottertherapie	€ 500,- per jaar voor therapiekosten	D.5.a.
Verblijf		D.13.
Hospice	€ 1.000,- per jaar van de eigen bijdrage	D.13.7.
Herstellingsoord	€ 1.000,- 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 voor ouders	€ 200,- per jaar voor bezoeken kind bij opname (auto € 0,19 per km; openbaar vervoer 2e klasse 100%)	D.12.2.
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	€ 150,- per jaar voor algemene voetzorg; € 150,- per jaar voor de behandeling van ernstige bloedvatproblemen in de benen en/of bij reumatoïde artritis	D.15.1. D.15.2. en D.15.3.
Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen	€ 150,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Zorg voor de bevalling		D.19.
Bevallingscursus	€ 200,- per jaar	D.19.2.
Prenatale screening	100% zonder medische noodzaak	D.19.1.
Zorg tijdens de bevalling		D.20.
Bevalling eigen bijdrage	100% van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering voor een poliklinische bevalling	D.20.1.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
TENS	6 weken bruikleen (bij bevalling)	D.20.2.
Zorg na de bevalling		D.21.
Couveuse nazorg	15 uur	D.21.5.
Kraamzorg wettelijke eigen bijdrage	100%	D.21.2.
Kraamzorg extra	5 dagen (max. 3 uur per dag) bij medische noodzaak	D.21.4.
Kraamzorg bij adoptie	3 dagen (max. 3 uur per dag)	D.21.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	15 uur	D.21.6.
Lactatiekundige zorg	€ 200,- per jaar	D.21.1.
Afwijkende voorwaarden		C.11.
Meegroeiservice		C.11.3.8.