

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Eigen risico, fysiotherapie, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10, 11, 19 en 20 Zvw, 2.1, 2.6 en 2.17 Bzv
Zaaknummer : 202101476
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

CZ Zorgverzekeringen N.V te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 augustus 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 19 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 oktober 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (Natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 april 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat zij in totaal € 1.134,60 aan verplicht en vrijwillig eigen risico is verschuldigd in verband met fysiotherapiebehandelingen die zij in 2020 en 2021 heeft ondergaan.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij haar onverplicht tegemoet komt door een bedrag van € 290,- aan haar te vergoeden. Op 14 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij haar nogmaals (verder) tegemoet komt door tevens een bedrag van € 249,60 in mindering te brengen op de vordering, maar dat hij de vordering voor het dan resterende deel handhaaft.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van zijn beslissing van 14 mei 2021 gevraagd. Op 23 juni 2021, 5 juli 2021 en 9 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief, dan wel per e-mail, aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat zij niet is gehouden het eigen risico 2020 en 2021, dat op 10 april 2021 door de ziektekostenverzekeraar bij haar in rekening is gebracht, te voldoen.

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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het eigen risico 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. Uit het declaratieoverzicht van de ziektekostenverzekeraar van 10 april 2021 leidt de commissie af dat verzoekster in de periode van 7 december 2020 tot en met 16 maart 2021 onder behandeling is geweest bij de fysiotherapeut. Deze behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering en deze vergoeding is verrekend met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 en 2021. Een en ander is overeenkomstig artikel B.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Fysiotherapie is geen zorg die is uitgesloten van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Verder is niet gebleken dat het eigen risico voor de jaren 2020 en 2021 reeds vol was gemaakt. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar het verplicht en vrijwillig eigen risico terecht bij verzoekster in rekening heeft gebracht.

6.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij voorafgaand aan de behandelingen fysiotherapie telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar en dat haar bij die gelegenheid is verteld dat zij geen eigen risico hoeft te betalen voor deze zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft betwist dat een dergelijke ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan en heeft aangevoerd dat dit ook niet blijkt uit de gespreksnotitie, waarin niets is vastgelegd over het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat het ook niet aannemelijk is dat een medewerker zou hebben aangegeven dat het eigen risico niet van toepassing zou zijn, omdat het eigen risico een basale regel van het zorgverzekeringsstelsel is. De stelplicht en bewijslast van de door verzoekster gestelde toezegging rusten volgens artikel 150 Rv op verzoekster.

6.4. De commissie overweegt dat weliswaar vaststaat dat telefonisch contact heeft plaatsgevonden, maar dat uit de gespreksnotitie niet blijkt dat toen is gesproken over het eigen risico, laat staan dat aan verzoekster is verteld dat zij dit niet hoeft te voldoen. Ook anderszins heeft verzoekster dit niet aannemelijk gemaakt. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat zij zonder een dergelijke toezegging nooit ervoor had gekozen de behandelingen fysiotherapie in Nederland te ondergaan, omdat deze in België zonder bijkomende kosten worden vergoed, leidt niet tot een ander oordeel. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar in verband met de behandelingen over 2020 en 2021 terecht het bedrag van € 1.134,00 ter zake het verplicht en vrijwillig eigen risico in rekening heeft gebracht. Daarbij merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij onverplicht reeds een bedrag van € 290,00 aan verzoekster heeft uitgekeerd en een bedrag van € 249,60 in mindering zal brengen op de openstaande vordering van € 1.134,00, zodat deze nog € 884,40 bedraagt.

- 6.5. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties voor fysiotherapie niet tijdig heeft afgehandeld, zodat zij ook niet tijdig op de hoogte is gebracht dat zij het eigen risico was verschuldigd. Als de ziektekostenverzekeraar haar wél tijdig had geïnformeerd, meent verzoekster dat zij de 'schade' had kunnen beperken. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de fysiotherapeut de eerste nota op 31 december 2020 heeft ingediend, maar dat deze onjuist was opgesteld. Niet eerder dan op 28 januari 2021 ontving de ziektekostenverzekeraar een correcte nota die vervolgens is verwerkt en waarover verzoekster per brief op 10 april 2021 werd geïnformeerd. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster laatstgenoemde brief eerder had willen ontvangen, is de betreffende declaratie wel tijdig verwerkt.
- 6.6. De commissie overweegt dat noch uit de toepasselijke regelgeving noch uit de verzekeringsvoorwaarden volgt binnen welke termijn hij een verzekerde dient te informeren over declaraties die hij heeft verwerkt. Naar het oordeel van de commissie is de in dit geval door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde reactietermijn, waarbij hij verzoekster op 10 april 2021 heeft geïnformeerd over de verwerking van de declaraties die hij op en na 28 januari 2021 heeft ontvangen, nog te beschouwen als een redelijke termijn. Er is dan ook geen sprake van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming door de ziektekostenverzekeraar. Evenmin heeft hij hiermee onrechtmatig gehandeld jegens verzoekster. Dit kan dan ook niet leiden tot een schadevergoeding, dan wel een matiging van de vordering die de ziektekostenverzekeraar op verzoekster heeft.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.
- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2020 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2021 ontvangen.

Let op!

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

A.12.3. Geen eigen risico

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

1. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van

zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

2. 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.
3. 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.).
 4. De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2).
 5. 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;

- o 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 contract hebben afgesloten. In dat contract moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
- 6. De kosten van ketenzorg.
- 7. De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
- 8. 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.
- 9. 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 de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
- 10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
- 11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.

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

 - o Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
 - o Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.
 - o Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ-zorg die wordt gegeven in de vorm van een e-Health zorgarrangement. Zie artikel B.19.1. en B.19.2.In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad

kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

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

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

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

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

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

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

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is, 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 2020. Van 23 september 2020 tot en met 31 december 2020 is 100 dagen. 2020 is een schrikkeljaar en kent dus 366 dagen. Uw verplicht eigen

risico wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 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 2020 t/m 30 juni 2020; dit zijn 182 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2020 t/m 31 december 2020; 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,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 182 dagen = € 191,44 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

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

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 366 = € 1,8716 eigen risico per dag
- € 1,8716 x 184 dagen = € 344,37 eigen risico; dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-. 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 2020 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2020 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2020 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,- : 366 dagen = € 1,0519 eigen risico per dag.
- € 1,0519 x 57 dagen = € 59,96 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 deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwar-

taal 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., A.12.3. punt 1 tot en met 8 en A.12.4 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 jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura JUST kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,- of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

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

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen

B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
 - De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
 - In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
 - Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.
U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.
U bent verzekerd voor de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;
- die niet op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.
U bent per aandoening verzekerd voor 9 behandelingen per jaar. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan bent u verzekerd voor nog maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Onder de rubriek fysiotherapie en/of oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder(fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

- Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie.
- Een manueel therapeut verleent de manuele therapie. Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een kinderysiotherapeut verleent de kinderysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kinderysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een geriatriefysiotherapeut verleent de geriatriefysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie. De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie.
- Een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie. Dat is

een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist nodig als het gaat om:

- een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie of
- behandeling bij u thuis.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze aandoeningen valt, raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

Tarieven

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

B.8.4. looptherapie bij etalagebenen vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie in geval van etalagebenen (claudicatio intermittens) met perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een fysiotherapeut gaat die is aangesloten bij Claudicationet; en
 - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring nodig van een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- Een bij Claudicationet aangesloten zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.1.) nodig.

Tarieven

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

B.8.5. Fysiotherapie en oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van artrose van het heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

Tarieven

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

B.8.6. Fysiotherapie en/of oefentherapie bij COPD vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat:

- bij klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- bij klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
- bij klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

Meer informatie over de GOLD Classificaties en de onderverdeling in klassen vindt u op onze website.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist longziekten.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze

zorgverleners vinden op onze website.

- Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- Een akkoordverklaring is ook nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.

Tarieven

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

B.9. Ergotherapie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Ergotherapie omvat maximaal 10 behandelingen per jaar en bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD

Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:

- a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
 - 1°. zevententwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweeënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
7. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
 8. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
 9. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar.
 10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.