



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, PRRT/PSMA behandeling bij
prostaatanker, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201901352

Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 7 juni 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 26 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019047959) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 1 november 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.5. Bij brief van 9 december 2019 heeft het Zorginstituut verklaard dat de aantekeningen van de hoorzitting geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen. Het voorlopig advies kan om die reden als definitief worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Plan Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Excellent en BGZC Aanvullend pakket 3 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is onder behandeling vanwege prostaatkanker. In het verleden heeft hij een operatie ondergaan en is hij bestraald. Verzoeker wenst een PRRT/PSMA behandeling in de Zentralklinik te Bad Berka, Duitsland te ondergaan voorafgaand aan eventuele chemokuren. Bij brief van 12 november 2018 heeft hij hiervoor een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag bij brief van 23 november 2018 afgewezen.
- 3.4. Op 30 januari 2019 heeft verzoeker de PRRT/PSMA behandeling ondergaan in de Zentralklinik.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens verschillende malen om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 22 februari 2019 en 4 april 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. In de periode van 14 april 2019 tot en met 18 april 2019 is verzoeker voor verdere controle onder behandeling geweest bij de Zentrakliniek.

3.7. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) PSMA behandeling

PSMA is een stof die na toediening via een infuus snel opgenomen wordt door de meeste soorten prostaatkanker en slechts weinig wordt opgenomen door de meeste andere organen in het lichaam. Als aan het PSMA een agressieve radioactieve stof wordt gekoppeld (meestal Lutetium-177) kunnen tumorcellen bestraald worden en vernietigd worden.

Literatuuronderzoek

In oktober 2019 werd een literatuuronderzoek verricht in Medline voor de periode 2014 - 2019. De literatuursearch beperkte zich niet alleen tot de patiënten die alleen met hormonale therapie werden behandeld en/of gemetastaseerde patiënten, omdat de verwachting was dat er (nog) weinig literatuur beschikbaar is specifiek voor patiënten in een vroege fase van het castratierefractaire stadium vergeleken met uitbehandelde castratierefractaire patiënten.

Er werden geen (gerandomiseerde) vergelijkende studies gevonden. Er werden 11 (systematische) overzichtsstudies gevonden waarin alleen (niet-vergelijkende) retrospectieve studies beschreven werden. De literatuursearch leverde één enkele gepubliceerde, prospectieve fase 2 studie op. Over het algemeen luidde de conclusie van de (systematische) literatuurstudies en de gepubliceerde fase 2 studie dat 177Lu-PSMA een veelbelovende behandeling is maar dat de effectiviteit verder onderzocht moet worden in prospectieve gerandomiseerde (fase 3) studies waarbij 177Lu-PSMA behandeling vergeleken wordt met de standaardbehandeling. Er zijn aanwijzingen dat het PSA beloop onder controle wordt gebracht door de behandeling, echter werd in de literatuur aangegeven dat lange termijn gegevens over patiënt-relevante uitkomsten (nog) ontbreken.

Er werden drie lopende prospectieve studies gevonden: een fase 1 studie en 2 gecontroleerde studies.4 Daarnaast werd er een Nederlandse studie gevonden via de website van de Stichting Dutch Uro-Oncology Studygroup (DUOS) voor patiënten in een vroege fase van het castratierefractaire stadium.

Standpunten en richtlijnen

Bij nalopen van de nationale en internationale standpunten en richtlijnen voor behandeling van CRPC blijkt dat 177Lu-PSMA behandeling niet wordt genoemd als behandeloptie.

Conclusie

Er is voornamelijk geen evidence - voortkomend uit goed opgezette vergelijkende studies - op basis waarvan geconcludeerd kan worden dat de PSMA behandeling effectief is voor patiënten met gemetastaseerd CRPC. Zowel het literatuuronderzoek als de verschillende richtlijnen voor de behandeling van prostaatcarcinoom geven aanleiding om te concluderen dat PSMA behandeling voor mannen met gemetastaseerd CRPC niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De PSMA behandeling van verzoeker komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de PRRT/PSMA behandeling en de daarmee samenhangende vervolgbehandeling(en) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de algemene voorwaarden van deze verzekeringen.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) met betrekking tot medisch specialistisch zorg zijn opgenomen in de bijlage bij het bindend advies. Hierin zijn ook de toepasselijke artikelen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 (Vo. nr. 883/2004) en de verzekeringsvoorwaarden vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan om aldaar een behandeling te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg conform het sociale verzekeringsstelsel van de andere EU-lidstaat, mits de zorg behoort tot het verzekerde pakket in Nederland én deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een PRRT/PSMA behandeling in verband met prostaatcancer geen verzekerde prestatie is, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is namelijk nog niet voldoende wetenschappelijk aangetoond. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de gewenste behandeling ook niet uit coulance te vergoeden.

6.4. Verzoeker voert aan dat de gevraagde behandeling zeer veelbelovend is, maar in Nederland slechts in beperkte mate wordt toegepast in de terminale fase van de behandeling van kanker in het kader van pijnbestrijding. Verzoeker is echter niet terminaal en zag zich dus genoodzaakt naar Duitsland uit te wijken, waar deze behandeling wél wordt aangeboden aan patiënten in zijn situatie. Verder wijst verzoeker erop dat de in Nederland geboden alternatieven veelal duurder zijn en veel meer bijwerkingen geven. Verzoeker merkt overigens op dat hij van de Zentralklinik heeft begrepen dat meerdere Nederlandse zorgverzekeraars de gevraagde behandeling wél vergoeden en in dit verband een S2 formulier verstrekken. Het is volgens verzoeker dan ook niet zo dat een algemeen beleid door zorgverzekeraars wordt gehanteerd of dat ten algemene is te zeggen dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

6.5. De commissie moet beoordelen of de zorgvorm die onderwerp van geschil vormt, overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.

6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.

6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit

wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de PRRT/PMSA behandeling in verband met prostaatkanker. Het advies van 30 oktober 2019 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hetgeen partijen ter zitting naar voren hebben gebracht, heeft niet tot een andere conclusie geleid. Dit blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 9 december 2019. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar was om die reden niet gehouden toestemming te verlenen voor de gevraagde behandeling op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Hij is evenmin gehouden de kosten hiervan te vergoeden op grond van de zorgverzekering.
- 6.10. De commissie heeft alleszins begrip voor de wens van verzoeker vergoeding te krijgen voor de PRRT/PSMA-behandeling, maar zij ziet daarvoor geen mogelijkheid. Zorg hoeft alleen te worden vergoed als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie heeft zich aan dit criterium te houden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. In artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding van zorg in het buitenland. De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering is echter beperkt tot een (aanvullende) vergoeding van kosten die samenhangen met spoedeisende zorg in het buitenland, dan wel eventuele overnachtings- en vervoerskosten die samenhangen met zorg in het buitenland waarvoor de ziektekostenverzekeraar voorafgaand toestemming heeft gegeven. Deze situaties doen zich in de onderhavige kwestie niet voor, zodat het verzoek ook op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering niet kan worden toegewezen.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

**VERORDENING (EG) Nr. 883/2004 VAN HET EUROPEES PARLEMENT
EN DE RAAD van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de
socialezekerheidsstelsels**

Artikel 20

Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)

1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde wonen in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de verzekerde woont, en die andere lidstaat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

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](#).

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.

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](#).

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](#), geriatrie 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 combinatie-test 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 verslachte 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 gehemelte-pleten, 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.

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en mitterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griepvrij, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- griepvrij;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.



Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, verloskundige (alleen als het om verloskundige zorg gaat), de optometrist (alleen als het om oogzorg gaat) of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- | | |
|------------|--|
| Artikel 8 | Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder |
| Artikel 13 | Audiologisch centrum |
| Artikel 17 | Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg) |
| Artikel 20 | Astmacentrum in Davos |
| Artikel 21 | Erfelijkheidsonderzoek en –advisering |
| Artikel 22 | Mechanische beademing |
| Artikel 23 | Thuisdialyse |
| Artikel 24 | Transplantaties van organen en weefsels |
| Artikel 25 | Plastische chirurgie |
| Artikel 26 | Revalidatie |
| Artikel 31 | Bevalling en verloskundige zorg |
| Artikel 32 | IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc. |
| Artikel 34 | Oncologieonderzoek bij kinderen |
| Artikel 40 | Trombosedienst |

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);

- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandigbehandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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

Zwanger (worden)/baby/kind

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u het ZorgPlan Natura? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u het ZorgPlan Restitutief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie (31.1) en geen medische indicatie (31.2).

31.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.



Intro	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% bij een gecontracteerde zorgverlener ▪ maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek
Start	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% bij een gecontracteerde zorgverlener ▪ maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek
Royaal	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% bij een gecontracteerde zorgverlener ▪ maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek
Excellent	consulten en vaccinaties : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% bij een gecontracteerde zorgverlener ▪ maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek

9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.4) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Eurocross Assistance.

Intro	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Start	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Royaal	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Excellent	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees) middelen.

Intro	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Start	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

9.3 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisverblijf via onze afdeling Zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, van vervoer per eigen auto en van openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 071 - 365 41 54.

Intro	geen dekking
Start	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Royaal	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Excellent	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer

9.4 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 9.3 van de "Vergoedingen aanvullende verzekeringen"? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- de overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- het vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

- Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.



Intro	geen dekking
Start	maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.
Royaal	maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.
Excellent	maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.

9.5 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet- spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Intro	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
Start	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
Royaal	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen
Excellent	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder (10.1), voor verzekerden tot 18 jaar (10.2). Ook vergoeden wij, bij een geselecteerd aantal aandoeningen, de kosten van fysiotherapeutische nazorg (10.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapie
- Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.
- Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck). Via de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

