

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa

Zaaknummer: 202501224

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 24 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht een uitspraak te doen. Dit verzoek is bij brief van 27 oktober 2025 aan haar bevestigd. Eveneens op 27 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 7 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 januari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 januari 2026 spreek aantekeningen voor de hoorzitting overgelegd. Een kopie hiervan is op 20 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 5 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026000894) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 februari 2026 haar spreek aantekeningen aangevuld. Een kopie hiervan is op 11 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 maart 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 en 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk en OHRA Energie (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Bij brief van 4 november 2024 heeft de specialist ouderengeneeskunde/kaderarts GRZ verzoekster verwezen voor fysiotherapie en/of oefentherapie die kan worden gegeven in de praktijk of aan huis. Bij brief van 21 november 2024 heeft de huisarts haar verwezen voor fysiotherapie en manuele therapie.
- 2.3. Verzoekster heeft facturen, onder andere van in Altea, Spanje genoten zorg bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een aantal van deze facturen ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed, maar andere niet.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 5 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 24 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het voor haar rekening gebleven bedrag van € 402,45 alsnog te vergoeden.
- 3.2. Bij brieven van 17 mei 2025 en 30 juni 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster verklaard dat zij behandelingen heeft ondergaan waarvan de kosten bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. Zij heeft hierbij toegelicht dat zij in 2005 een CVA heeft doorgemaakt, waarbij sprake was van een hemiparese links. In 2017 heeft zij aan de linkerkant een schouderfractuur opgelopen met een sterk afgeplatte en uithangende humeruskop. In 2024 was na een val sprake van een mediale collumfractuur aan de rechterkant met gecementeerde kop-halsprothese. Het revalidatietraject ging langzaam, want op het moment van ontslag uit de revalidatiekliniek op 5 november 2024 kon verzoekster alleen met een rollator met moeite lopen. Haar werd meegedeeld dat zij recht had op verdere revalidatie in dagbehandeling, in de praktijk of aan huis, tot een half jaar na de operatie, zonder eigen bijdrage. Op 7 november 2024 is zij met geriatrische revalidatie gestart.
- 3.3. Verzoekster heeft verwijfsbrieven van de specialist ouderengeneeskunde en haar huisarts overgelegd. In november 2024 heeft verzoekster 9 behandelingen ondergaan bij de revalidatiekliniek. Eind november 2024 is zij naar haar appartement in Spanje vertrokken en op 11 december 2024 heeft zij een aanvraag voor zorg in het buitenland ingediend. De in Nederland aangevangen revalidatie zou daar worden voortgezet. Op 30 december 2024 heeft zij van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring ontvangen voor de periode 11 december 2024 tot en met 30 april 2025. De door verzoekster ingestuurde facturen vanaf januari 2025 werden soms

wel en soms niet, of maar deels vergoed. Er zijn ook correcties uitgevoerd, waardoor verzoekster het allemaal erg verwarrend vond. Verzoekster heeft een overzicht van de behandelingen, declaraties en vergoedingen overgelegd. Daaruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar haar nog een bedrag van € 402,45 moet betalen. Volgens verzoekster gaat het om één Diagnose Behandelcombinatie (hierna: DBC) en volgt hieruit dat zij de eerste 20 behandelingen niet zelf hoeft te betalen.

Verzoekster heeft verder gesteld dat zij in 2025 op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van 12 fysiotherapiebehandelingen (*ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij 9 fysiotherapiebehandelingen bedoeld*).

Zij heeft verder verklaard het onterecht te vinden – maar het wel te accepteren – dat zij het eigen risico van 2025 moet betalen voor een behandeling die al in 2024 is gestart.

- 3.4. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring verstrekt voor 40 behandelingen. De aanvraag was voor 2 behandelingen per week. In 2024 waren het nog 3 weken x 2 behandelingen per week is = 6 behandelingen. In 2025 betrof het 17 weken x 2 behandelingen per week = 34 behandelingen. Volgens verzoekster is geen sprake van een chronische aandoening en heeft zij om die reden geen behoefte aan chronische fysiotherapie. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar haar wel fysiotherapie voor de rest van het jaar wil vergoeden, terwijl dit niet meer nodig is, maar de ingediende facturen afwijst.
- 3.5. In haar brief van 12 juli 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard het onterecht te vinden dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen niet meer als geriatrisch, maar chronisch kwalificeert. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar onterecht gesteld dat zij in 2024 boven de 9 behandelingen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is uitgekomen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar 3 van de 9 behandelingen bij de revalidatiekliniek bij haar in rekening gebracht.
- 3.6. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 januari 2026 verklaard dat de facturen van de behandelingen op 7, 11, 18, 22, 25 en 27 november 2024 zijn verwerkt in de facturen van Zorgspectrum. Het gaat volgens verzoekster niet om de individuele declaraties, maar om de vraag of het chronische of geriatrische fysiotherapie betreft. Volgens verzoekster gaat het om geriatrische fysiotherapie. Verzoekster heeft gesteld dat volgens Zorginstituut Nederland sprake moet zijn van complexe multimorbiditeit. Verzoekster heeft in 2005 een CVA doorgemaakt met als gevolg hemiparese links. In 2016 is sprake geweest van malunion 4-partfractuur links en hemiparese; de kop van de bovenarm is volledig verbrijzeld en de humeruskop hangt uit. Na haar operatie is zij overgeplaatst naar een ander ziekenhuis. Daarna ging zij naar een geriatrisch revalidatiecentrum dat onderdeel is van Zorgspectrum. Vanaf 5 november 2024 is de behandeling door een ouderengeneeskundige gewijzigd in revalidatie zonder verblijf en kreeg zij twee tot drie keer per week fysiotherapie en oefentherapie. Volgens de ouderengeneeskundige zou verzoekster nog recht hebben op 6 maanden vervolgetherapie. Volgens de verwijzing en het aanvraagformulier 'Zorg buitenland' gaat het over geriatrische fysiotherapie.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 18 februari 2026 heeft verzoekster – naar aanleiding van het voorlopig advies van Zorginstituut Nederland - haar spreekantekeningen aangevuld. Volgens de welkomstbrief van Zorgspectrum ging het om een 'bijzondere module Geriatrische revalidatie'. De verwijsbrief van de huisarts van 21 november 2024 is duidelijk. Verzoekster is niet verwezen voor fysiotherapie. Dit geldt ook voor de aanvraag. Deze is voor revalidatie geweest. Verzoekster heeft verder verklaard dat de behandeling in Spanje zonder betrokkenheid van een specialist ouderengeneeskunde heeft plaatsgevonden. Volgens verzoekster heeft Zorginstituut Nederland geen rekening gehouden met het in 2016 opgelopen letsel. Zij kan zich niet vinden in het advies van Zorginstituut Nederland dat zij redelijkerwijs is aangewezen op fysiotherapie.

- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling nog toegelicht dat revalidatie is gericht op het terugkeren in de oude situatie. De ziektekostenverzekeraar is er plotseling vanuit gegaan dat het fysiotherapiebehandelingen betreffen. Het gaat echter om één doorlopende behandeling revalidatiezorg. Verzoekster merkt verder op dat het vreemd is dat er een aparte factuur is gestuurd van zorg dat in het revalidatiecentrum is geleverd. Bij verlenging van deze zorg in Spanje bleek ineens dat er (deels) niet werd vergoed. In het volgende jaar werd er weer van alles gecorrigeerd. De nota van het revalidatiecentrum betreft de periode van opname tot 27 november 2024. Dit is de laatste datum van de fysiotherapiebehandelingen geweest. Dat is volgens verzoekster ook het verschil met geriatrische fysiotherapie, dat wordt altijd volledig vergoed. Bij chronische fysiotherapie dient men eerst de eerste 20 behandelingen zelf te betalen of een vergoeding te ontvangen vanuit een aanvullende verzekering.
- 3.9. Daarnaast gevraagd door de commissie bevestigd verzoekster dat de facturen van de behandelingen op 7, 11, 18, 22, 25 en 27 november 2024 geen rol meer spelen. Deze heeft verzoekster niet zelf hoeven betalen. Ook heeft verzoekster bevestigd dat vanuit haar aanvullende verzekering aanspraak bestaat op 9 fysiotherapiebehandelingen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mailberichten van 26 juni 2025 en 4 juli 2025, gericht aan verzoekster, en in zijn brief van 7 januari 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat verzoekster vanaf 18 november 2024 na status heupoperatie recht heeft op chronische (langdurige) fysiotherapie. Vanaf de 21^{ste} behandeling bestaat aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De eerste 20 behandelingen moet zij zelf betalen of deze kunnen worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster aanspraak op 9 behandelingen fysiotherapie.
- 4.2. De eerste 20 behandelingen fysiotherapie zijn niet juist verrekend. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat ((. Daarmee was de vergoeding voor fysiotherapie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering al begin 2024 opgebruikt. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht gestuurd en in samenhang met eerdere correspondentie toegelicht dat:

2024

- Een nota van € 13.819,59 voor geriatrische revalidatie met betrekking tot de periode van september 2024 tot en met 4 november 2024 volledig is vergoed aan de revalidatiekliniek.
- Drie nota's van € 40,15 voor fysiotherapiebehandelingen op 8, 13, 15 november 2024 zijn gedeclareerd. Deze zijn rechtstreeks aan de revalidatiekliniek vergoed. Een bedrag van € 120,45 bij verzoekster is teruggevorderd, omdat de 9 behandelingen fysiotherapie uit de aanvullende ziektekostenverzekering reeds waren opgebruikt.
- De nota's van 11 en 13 december 2024 niet zijn vergoed.
- De nota's van 17, 20, 23, 30 december 2024 ten onrechte zijn vergoed vanuit de zorgverzekering als chronische fysiotherapie.

2025

- De nota's van 9 fysiotherapiebehandelingen in de periode van 10 januari tot en met 6 februari 2025 zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De nota's van 11 en 13 februari 2025 zijn ten onrechte vergoed.
- Van 17 februari (de 21^e behandeling voor deze indicatie) tot en met 23 april 2025 zijn 16 fysiotherapiebehandeling ten laste van de zorgverzekering vergoed op grond van de chronische machtiging.
- De behandelingen van 3, 9, 16, 23 april 2025 zijn feitelijk niet vergoed, maar deze vallen weg tegen de 4 behandelingen in december 2024 die nog gecorrigeerd moesten worden.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de behandelingen op 11 februari en 13 februari 2025 dan nog de enige twee behandelingen zijn die ten onrechte zijn vergoed. Deze bedragen worden niet van verzoekster teruggevorderd.

- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in haar overzicht behandelingen op 7, 11, 18, 22, 25 en 27 november 2024 opgenomen. Nota's voor deze behandelingen zijn door hem echter niet ontvangen. Als verzoekster de betreffende nota's heeft, dan kan zij deze indienen ter beoordeling voor vergoeding.
- 4.4. Er is een akkoordverklaring verstrekt voor tweemaal per week chronische fysiotherapie in Spanje vanaf de 21^{ste} behandeling. Van 11 december 2024 tot en met 30 april 2025 voor 20 behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem verstrekte akkoordverklaring van 30 december 2024 overgelegd. Hieruit is op te maken dat een machtiging is afgegeven voor individuele reguliere fysiotherapie vanaf de 21^{ste} behandeling als de aandoening staat op de 'Lijst met aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie'. Verder is meegedeeld dat verzoekster heeft gekozen voor een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Voor de vergoeding wordt verwezen naar de artikelen B.2 en B.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel D.16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat een fysiotherapeut niet door middel van een DBC declareert. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag niet getoetst aan Verordening (EG) nr. 883/2004, omdat sprake is van planbare zorg die in Nederland beschikbaar is. Het gehanteerde tarief per behandeling in Spanje is reeds in zijn geheel vergoed, althans voor de behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen. Het tarief voor de behandelingen in Spanje is tevens lager dan in Nederland.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat er miscommunicatie bestaat over de term revalidatiezorg. In normaal taalgebruik is gevraagd om voortzetting van revalidatiezorg, maar in de praktijk is het fysiotherapie. Er is geen multidisciplinaire revalidatiezorg gegeven en ook niet gedeclareerd. Voor deze zorg gelden andere voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar baseert zich voor de fysiotherapiebehandelingen op de verwijzing en de ingediende nota's. Bij fysiotherapie geldt dat de eerste 20 behandelingen door verzoekster zelf moeten worden betaald, of vanuit een aanvullende verzekering kunnen worden vergoed. Vanaf de 21^{ste} behandeling heeft verzoekster aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Zij heeft daarvoor een indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat de verwerking van de nota's niet helemaal juist is geweest, zodat later correctie hebben plaatsgevonden. Met de brief van 7 januari 2026 is volgens hem eventuele verwarring hierover opgehelderd en heeft verzoekster gekregen waarop zij aanspraak heeft.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 5 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling indicatie GRZ

Verzoekster was niet redelijkerwijs aangewezen op (ambulante) GRZ, omdat dit door een specialist ouderengeneeskunde moet zijn geïndiceerd en onder diens regie moet worden uitgevoerd. Uit de doorverwijzing van 4 november 2024 blijkt niet dat de specialist ouderengeneeskunde een ambulante GRZ-behandeling geïndiceerd achtte, nu zij heeft doorverwezen voor fysiotherapie. Ondanks dat de eerste negen fysiotherapiebehandelingen zijn uitgevoerd op een locatie van de zorgaanbieder, waar ook de GRZ-instelling onder viel, was er dus geen sprake van GRZ.

Ook blijkt uit de beschikbare informatie niet dat bij de behandelingen in de fysiotherapiepraktijk in Spanje sprake was van enige betrokkenheid van de GRZ-instelling of de specialist ouderengeneeskunde. Ook hier was er dus geen sprake van GRZ-behandeling. Zowel bij de negen behandelingen in Nederland als de overige behandelingen in Spanje is sprake van fysiotherapie voor een aandoening die valt onder de lijst van chronische indicaties.

Beoordeling indicatie fysiotherapie

Herstel na GRZ-opname

Verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor monodisciplinaire fysiotherapie voor een indicatie onder bijlage 1, eerste lid onderdeel d, subonderdeel 5 van het Bzv. Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster is doorverwezen voor fysiotherapie na een opname in een instelling voor revalidatie na het plaatsen van een heupprothese. Uit de doorverwijzing van de specialist ouderengeneeskunde blijkt dat de fysiotherapie diende als vervolg op de behandeling na de GRZ.

Twaalf maanden

Verzoekster is na het ontslag uit de GRZ-instelling op 5 november 2024 doorverwezen voor fysiotherapie. Uit de beschikbare informatie blijkt dat de laatste fysiotherapiebehandeling op 23 april 2025 is uitgevoerd. Nu dit minder dan twaalf maanden na de doorverwijzing betreft, voldoet verzoekster ook aan de tweede voorwaarde.

Verzoekster is dan ook redelijkerwijs aangewezen op fysiotherapie op grond van een chronische aandoening.

Uit artikel 2.6, tweede lid, van het Bzv volgt dat, bij de vergoeding van fysiotherapie voor een chronische indicatie die voorkomt op bijlage 1 van het Bzv, de eerste twintig behandelingen zijn uitgesloten.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie maakt het Zorginstituut op dat er bij verzoekster geen GRZ-behandeling is geïndiceerd door een specialist ouderengeneeskunde.

Hiermee is verzoekster ook niet redelijkerwijs aangewezen op GRZ. Uit de beschikbare informatie blijkt wel dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op monodisciplinaire fysiotherapie op grond van een chronische aandoening."

- 5.2. In het definitief advies van 24 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel A.23 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geriatrische revalidatie en fysiotherapie, het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’, en het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Aan de orde is de vergoeding van (i) geriatrische revalidatiezorg en (ii) enkelvoudige fysiotherapie. Ten aanzien van de geriatrische revalidatiezorg geldt dat hieronder op grond van artikel 2.5c, eerste lid, Bzv wordt verstaan: integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde. Deze zorg valt slechts onder de verzekerde zorg indien er geen verblijf met behandeling in een Wlz-instelling aan vooraf is gegaan. Het voorgaande is in de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen in artikel B.28.2.
- Op grond van artikel 2.1, derde lid, Bzv heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit is in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering overgenomen.
- In het voorlopig advies van 5 februari 2026 stelt het Zorginstituut dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op (ambulante) geriatrische revalidatiezorg, omdat dit door een specialist ouderengeneeskunde moet zijn geïndiceerd en onder diens regie moet worden uitgevoerd. Uit de doorverwijzing van 4 november 2024 blijkt niet dat de specialist ouderengeneeskunde een ambulante behandeling geriatrische revalidatiezorg geïndiceerd achtte, nu zij heeft doorverwezen voor fysiotherapie. Ondanks dat de eerste negen fysiotherapiebehandelingen zijn uitgevoerd op een locatie van de zorgaanbieder, waar ook de GRZ-instelling onder viel, was er dus geen sprake van geriatrische revalidatiezorg. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut op dit punt over.
- De volgende vraag is die naar de vergoeding van de behandelingen enkelvoudige fysiotherapie.
- 7.3. Op basis van artikel 2.6, tweede lid, Bzv omvat fysiotherapie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste 20 behandelingen. In de voorwaarden van de zorgverzekering is dit opgenomen in artikel B.8.1.
- Bij verzoekster is een heupprothese geplaatst, waarna zij tot en met 4 november 2024 is opgenomen in een instelling voor revalidatie. Deze situatie valt onder het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, van Bijlage 1 van het Bzv. In het vijfde lid van de Bijlage is bepaald dat de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden is in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.
- 7.4. Aansluitend aan het ontslag uit de revalidatie-instelling hebben behandelingen fysiotherapie plaatsgevonden op 8, 13 en 15 november 2024, en 11, 13, 17, 20, 23 en 30 december 2024. Tussen 10 januari 2025 en 6 februari van dat jaar vonden nog eens 9 behandelingen plaats, gevolgd door behandelingen op 11 en 13 februari 2025. Zoals hiervoor is uiteengezet komen de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, zoals ook blijkt uit de op 30 december 2024 afgegeven akkoordverklaring. Het betreft hier de eerste 20 behandelingen per indicatie. De 21^{ste} behandeling vond plaats op 17 februari 2025. Tot en met 23 april van dat jaar zijn 16 behandelingen fysiotherapie vergoed ten laste van de zorgverzekering, waarbij – zoals door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld – de

vergoeding voor de behandelingen op 3, 9, 15 en 23 april 2025 is weggestreept tegen 4, op dat moment nog te corrigeren behandelingen in 2024 (te weten die van 17, 20, 23 en 30 december 2024, welke door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed).

De commissie stelt vast dat het gehanteerde tarief geen onderwerp van geschil vormt tussen partijen en concludeert dat overeenkomstig artikel B.8.1. in samenhang met de artikelen B.2.1. en A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering vergoeding is verleend. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de behandelingen op 11 en 13 februari 2025 ten onrechte zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering maar dat deze vergoedingen niet worden teruggevorderd.

In het overzicht van verzoekster staan de fysiotherapiebehandeling op 7, 11, 18, 22, 25 en 27 november 2024 vermeld, maar deze zijn geen onderdeel van geschil (meer).

- 7.5. Naar de commissie begrijpt, is verzoekster eind november 2024 naar Spanje gegaan. Het betreft hier een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Aan deze voorwaarde is in dit geval voldaan; op 30 december 2024 ontving verzoekster toestemming en werd haar een zogenoemd S2-formulier uitgereikt. Van dit formulier heeft zij echter geen gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de vervolgens bij hem gedeclareerde behandelingen fysiotherapie die in Spanje hebben plaatsgevonden volledig zijn vergoed, daargelaten het eigen risico, omdat de in rekening gebrachte tarieven lager zijn dan die welke in Nederland worden gehanteerd. Verzoekster heeft het laatste niet weersproken zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. De commissie merkt hierbij nog op dat de gegeven toestemming zich niet uitstrekt tot de eerste 20 behandelingen, aangezien deze in Nederland geen verzekerde zorg vormen, zoals hiervoor is uiteengezet.

Het verplicht eigen risico 2025

- 7.6. Verzoekster heeft verklaard dat bij haar het verplicht eigen risico 2025 in rekening is gebracht. De commissie merkt hierover op dat op grond van artikel A.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar van toepassing is. De behandelingen fysiotherapie zijn hiervan niet uitgezonderd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent, op grond van artikel D.16.1., dekking voor 9 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster, vanwege een andere indicatie, van 12 januari tot en met 29 februari 2024 behandelingen fysiotherapie heeft genoten en dat hiervan 9 zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Door verzoekster is dit niet bestreden. Hieruit volgt dat de behandelingen op 8, 13 en 15 november 2024, en 11, 13, 17, 20, 23 en 30 december 2024 voor haar rekening blijven.
- De eerste 3 behandelingen ten bedrage van € 40,15 zijn rechtstreeks aan de revalidatiekliniek vergoed. Een bedrag van € 120,45 is bij verzoekster teruggevorderd. Ook de behandelingen fysiotherapie op 17, 20, 23 en 30 december 2024 zijn ten onrechte vergoed. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar weggestreept tegen die voor de behandelingen op 3, 9, 15 en 23 april 2025, waarop aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering, zoals hiervoor is uiteengezet.
- Voor 2025 bestond opnieuw aanspraak op 9 behandelingen fysiotherapie. Met betrekking tot de periode van 10 januari tot en met 6 februari 2025 zijn deze behandelingen vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 7.8. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar veroorzaakte onduidelijkheid rond de verwerking van de ter declaratie bij hem ingediende nota's ziet de commissie aanleiding te bepalen dat hij het betaalde klachtgeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) het verzoek wordt afgewezen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 6 mei 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

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 of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
7. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.
8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
9. 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.
10. 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.
11. 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 behandelingen per kalenderjaar.
12. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

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

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

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

Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

Aanleiding	Vergoeding voor vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)	Vergoeding voor tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)
<p>U heeft een CVA (cerebrovasculair accident) gehad.</p> <p>U heeft een ruggemergaandoening als gevolg van een aandoening in het zenuwstelsel.</p> <p>U heeft MS (multiple sclerose).</p> <p>U heeft een perifere zenuwaandoening met motorische uitval.</p> <p>U heeft een extrapyramidale aandoening.</p> <p>U heeft een aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel.</p> <p>U heeft een cerebellaire aandoening.</p> <p>U heeft neurologische uitvalsverschijnselen als gevolg van hersenletsel of een tumor in de hersenen of het ruggenmerg.</p> <p>U heeft een spierziekte als gevolg van een aandoening van het zenuwstelsel.</p> <p>U heeft Myasthenia gravis.</p> <p>U heeft een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat.</p> <p>U heeft een progressieve scoliose.</p> <p>U heeft reflexdystrofie.</p> <p>U heeft een fractuur als gevolg van botmetastase, ziekte van Kahler of ziekte van Paget.</p> <p>U heeft de ziekte van Forestier (hyperostotische spondylose).</p> <p>U heeft een collageenziekte.</p> <p>U heeft een amputatie gehad.</p> <p>U heeft een aangeboren afwijking van de tractus respiratorius.</p> <p>U heeft lymfoedeem.</p> <p>U heeft littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma.</p> <p>U heeft een diffuse interstitiele longaandoening bij ventilatoire beperking of diffusiestoornis.</p>	<p>Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %.</p>	

Aanleiding	Vergoeding voor vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)	Vergoeding voor tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)
U heeft een radiculair syndroom met motorische uitval. U heeft bekkeninstabiliteit na de bevalling (postpartum).	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden.
U heeft een fractuur gehad die conservatief is behandeld.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden.
U heeft een frozen shoulder (capsulitis adhaesiva). U lijdt aan perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden.
U bent opgenomen geweest in het ziekenhuis, een verpleeginrichting, een instelling voor revalidatie of na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling.
U heeft een tumor in de weke delen.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 2 jaren na bestraling.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 2 jaren na bestraling.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Zie bovenstaande tabel

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn.
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Jeugdarts.
- Tandarts.
- Bedrijfsarts.
- Verpleegkundig specialist.
- Medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar.

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

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een verzekeringspasje als uw verzekering is ingegaan. Met dit pasje kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u ook een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

A.12. Verplicht eigen risico

Eigen risico bij uw basisverzekering

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

Verplicht eigen risico

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

Zie ook:

- [Jaar](#) (begrippen)

Vrijwillig eigen risico

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

Voor welk jaar geldt het eigen risico

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

Voorbeeld

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

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

Voor welk jaar geldt het eigen risico bij een DBC

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

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

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

Zie ook:

- [DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)

Zorg waarvoor geen eigen risico geldt

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

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

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

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

Zie ook:

- [Tarief](#) (begrippen)

Eigen bijdrage is geen eigen risico

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

Betaling aan zorgverlener of aan u

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

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

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

Als uw basisverzekering geen heel jaar loopt

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

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

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

Let op!

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

Voorbeeld

Voorbeeld verplicht eigen risico:

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

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

- € 385,- : 365 = € 1.0547 eigen risico per dag
- € 1.0547 x 100 dagen = € 105,47. Dat is afgerond € 105,- aan verplicht eigen risico voor 2024.

In welke volgorde verrekenen we het eigen risico?

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

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

Gespreid betalen verplicht eigen risico

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

Wanneer kunt u deelnemen aan gespreid betalen van eigen risico?

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

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

- U ontvangt in het 1e kwartaal de eindafrekening.

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

Einde van de deelname

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

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

Vrijwillig eigen risico vanaf 18 jaar

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

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

A.14. Algemene verplichtingen

Uw algemene verplichtingen

U heeft een aantal algemene verplichtingen:

- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerd zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:

- [Medisch adviseur](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt

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

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

Als wij meer betalen aan de zorgverlener dan waar u recht op heeft

Wij betalen aan een gecontracteerde zorgverlener altijd de hele rekening. Het kan zijn dat we dan meer betalen dan de vergoeding waar u recht op heeft. Bijvoorbeeld omdat u nog eigen risico moet betalen of omdat er een wettelijke eigen bijdrage is. U moet dat deel dan aan ons terugbetalen.

Toen u bij ons verzekerd werd heeft u ons een volmacht tot incasso gegeven. Dat betekent dat u toestemming heeft gegeven om de premie bij u te innen en ook de het bedrag dat wij te veel betalen aan de zorgverlener.

Zie ook:

- [Eigen bijdrage](#) (begrippen)

Bewaren van originele rekeningen

Heeft u gedeclareerd via e-mail, internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode

Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:

- [DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie](#) (begrippen)

Volgorde van vergoeding

Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.

Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de basisverzekering

Daarna behandelen we de rekening volgens uw basisverzekering.

Verzekering voor een deel van het jaar

Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

A.20. Tarieven

Hier leest u:

over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg op basis van restitutie

Voor zorg die verzekerd is op basis van restitutie vergoeden wij 100% van de kosten van de verzekerde zorg (restitutie) maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het wettelijk maximum tarief, of als dit niet bestaat;
- het marktconforme tarief.

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Tip!

Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat vergoeden we 100% van het afgesproken tarief. Met gecontracteerde zorgverleners hebben wij meestal lagere tarieven afgesproken dan het tarief dat een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. U betaalt dus meestal voor die zorg minder eigen risico bij een gecontracteerde zorgverlener.

Zie ook:

- [Gedeclareerde tarief](#) (begrippen)
- [Marktconform tarief](#) (begrippen)
- [Tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk maximum tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk vast tarief](#) (begrippen)

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura

Naar welke zorgverlener gaat u voor de zorg die verzekerd is als zorg in natura?

a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of

b. U wil naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat niet:

-- omdat de zorg spoedeisend is; of

-- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is; of

-- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat:
 - in situatie a.: het afgesproken tarief of
 - in situatie b.: het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief).
- Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

c. U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener.

We vergoeden dan het hieronder vermelde lagere percentage* van:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief); of
- het gedeclareerde tarief als dat lager is.

We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Zie ook:

- [Afgesproken tarief](#) (begrippen)
- [Gedeclareerde tarief](#) (begrippen)
- [Marktconform tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk maximum tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk vast tarief](#) (begrippen)

* Lagere vergoeding als u ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan

Voor alle zorg in natura uit uw basisverzekering is de vergoeding 75% van het geldende tarief.

Hardheidsclausule in uw basisverzekering

Uw basisverzekering heeft een hardheidsclausule. U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie.

U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog een hoger, redelijk percentage van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

Tarieven bij een PGB (Persoons Gebonden Budget) uit uw basisverzekering

De bepalingen over tarieven gelden voor wijkverpleging die uit een Persoons Gebonden Budget (PGB). Meer informatie vindt u in het artikel 'Wijkverpleging' en in het Reglement Verpleging & Verzorging PGB.

Omzetbelasting

Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:

over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen

Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:

- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert:
 - deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
 - als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.
- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten.
Toelichting:
Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.
- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;
- zorg met een behandeldatum buiten uw verzekerde periode. Dus voordat uw verzekering is gestart of als uw verzekering al is geëindigd. Bij een DBC moet alleen de startdatum in uw verzekerde periode vallen.
- zorg via telefoon, online of op afstand waarvan wij vinden dat dit niet logisch is en niet passend. We verwachten dan dat zorg niet leidt tot een gewenst resultaat. Bijvoorbeeld: een gaatje vullen bij de tandarts kan niet telefonisch. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is bijvoorbeeld wel online mogelijk.
- zorg die u als zorgverlener aan uzelf heeft verleend;
- kosten van zorg die uitkomen boven het maximum bedrag of maximum aantal. Het maakt daarbij niet uit of u het jaar ervoor niet alles van die zorg heeft gebruikt;
- zorg die u krijgt van een zorgverlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is;
- behandelingen die nodig zijn als gevolg van atoomkernreacties. Zorg die nodig is door radioactief materiaal buiten een kerninstallatie wordt wel vergoed. Maar dat kan alleen onder deze voorwaarden:
 - er is een vergunning van de Rijksoverheid voor de plaatsing van de nucliden;
 - de plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
 - volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de schade.

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.