

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, chronische indicatie, informatieplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020
Zaaknummer : 202101704
Zittingsdatum : 6 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis 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 24 augustus 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 26 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 december 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 januari 2022 heeft verzoekster een aanvullende reactie gegeven. Een kopie hiervan is op 11 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 20 januari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021051197) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 januari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 9 februari 2022 heeft verzoekster een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 14 april 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten grond van de verzekering Basis Exclusief (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 18 oktober 2019 is bij verzoekster borstkanker vastgesteld. Hierop volgde een behandeltraject in het ziekenhuis. Tevens werd verzoekster verwezen naar de fysiotherapeut voor preoperatieve training bij kanker. De hiermee samenhangende kosten zijn, onder vermelding van diagnosecodes 9368 en 9369, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd en overeenkomstig de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden vergoed.
- 3.3. In het najaar van 2020 is verzoekster gestart met oedeemtherapie bij dezelfde fysiotherapeut. De hiermee samenhangende kosten zijn bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd onder vermelding van de diagnosecode 2046. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierover vervolgens nog enkele malen benaderd. Bij brief van 7 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing ten aanzien van de dekking van de zorgverzekering handhaaft, maar dat verzoekster recht heeft op vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen in 2020 en 2021 op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar ook met betrekking tot deze beslissing om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 24 juni 2021 en 12 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing van 7 juni 2021 handhaaft.
- 3.7. In het voorlopig advies aan de commissie van 20 januari 2022 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) Juridisch kader

Op grond van artikel 2.6 lid 2 Bzv omvat fysiotherapie en oefentherapie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv ('chronische lijst') 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. In 2011 heeft een wijziging in artikel 2.6 van het Bzv plaatsgevonden. Bij deze wijziging is een Nota van Toelichting geschreven, waarin bij de toelichting van Artikel I, onderdeel D het volgende is te lezen: "Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening."

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Uit het dossier blijkt dat er bij verzekerde sprake was van twee aandoeningen waarvoor zij fysiotherapeutische behandeling ontving. Dit waren: oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie. Het Zorginstituut acht het op basis van de bovenstaande Nota van Toelichting het terecht dat tweemaal de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening van verzekerde zijn gekomen. Het Zorginstituut maakt uit de Nota van Toelichting op dat de eerste twintig

behandelingen per aandoening die vermeld is op Bijlage 1, voor eigen rekening komen voor verzekerden vanaf achttien jaar. En het niet gaat om de eerste twintig behandelingen per kalenderjaar.

Oedeemtherapie kan onder de Zvw vallen op grond van lid 1, sub d onder 3 van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Uit het dossier blijkt onvoldoende op grond waarvan de indicatie is verstrekt voor oncologische fysiotherapie na mammacarcinoom. Oncologische fysiotherapie is namelijk geen indicatie op de lijst van chronische indicaties voor fysiotherapie. Het valt het Zorginstituut namelijk op dat uit het overzicht van verweerder er op diverse codes fysiotherapie is gedeclareerd door de zorgverlener. Het Zorginstituut wil op merken dat als er een chronische indicatie is verleend op basis van de indicatie weke delen tumoren, er bij verzekerde sprake was van een mammacarcinoom en niet van een weke delen tumor.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verweerder zijn informatieplicht heeft geschonden, de declaraties die namens verzekerde door de fysiotherapeut zijn ingediend onjuist heeft afgehandeld en aan verzekerde en de fysiotherapeut een schadevergoeding moet toekennen. Dit valt buiten on[ze] adviesbevoegdheid.

Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat op basis van de Nota van Toelichting bij het Bzv het terecht is dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening van verzekerde zijn gekomen. De Nota van Toelichting spreekt over de eerste twintig behandelingen per aandoening en niet per kalenderjaar. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar een onjuiste uitleg en toepassing geeft aan artikel 2.6 en Bijlage 1 Bzv;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de declaraties die door de fysiotherapeut zijn ingediend onjuist heeft afgehandeld;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar aan haar en de fysiotherapeut een schadevergoeding moet toekennen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over paramedische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-017) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een onjuiste uitleg geeft over de inhoud en de strekking van artikel 2.6 Bzv en Bijlage 1 bij het Bzv. Volgens verzoekster biedt de wettekst geen juridische grondslag voor het twee keer niet vergoeden van de eerste 20 behandelingen van de verleende fysiotherapie. Volgens verzoekster blijkt dit evenmin uit de Nota van Toelichting bij het besluit tot wijziging van het Bzv van 30 september 2011. Hierin is vermeld: *"Voor de duidelijkheid, het gaat niet over de eerste twintig behandelingen per kalenderjaar maar om de eerste behandelingen voor een aandoening vermeld op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat over kalenderjaar."* Volgens verzoekster blijkt hieruit, met andere woorden, dat de wijziging voorziet in de duiding van de term 'jaar', waarbij dit woord nu expliciet wordt vervangen door 'kalenderjaar'. Verder blijft de juridisch tekst en context echter ongewijzigd. Volgens verzoekster is ook van belang wat er in de Nota van Toelichting staat met betrekking tot het doel en de strekking van de wetwijziging. In dat verband verwijst zij naar paragraaf 1.2, waar is vermeld: *"De bezuinigingen op het terrein van fysiotherapie en oefentherapie zijn tweeledig. Ten eerste is het aantal behandelingen dat verzekerden van 18 jaar en ouder voor eigen rekening moet nemen, verhoogd van twaalf naar twintig."* En vervolgens: *"Ten tweede is een aantal aandoeningen van de chronische lijst geschrapt omdat CVZ heeft geconstateerd dat fysiotherapie en oefentherapie ingeval van deze aandoeningen niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk"*. De Nota van Toelichting geeft volgens verzoekster geen ruimte voor een interpretatie die afwijkt van de feitelijke wettekst, welke interpretatie hierop neerkomt dat de eerste twintig behandelingen voor elk van de vermelde chronische aandoeningen afzonderlijk voor eigen rekening blijven. Verzoekster meent dan ook dat zij erop mag vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar de wetgeving overeenkomstig de feitelijke wettekst toepast in plaats van hieraan een eigen invulling te geven. Voorts wijst verzoekster erop dat in haar geval maar sprake is van één aandoening, te weten kanker, als gevolg waarvan zij was aangewezen op fysiotherapie en oedeemtherapie, zodat ook in dat verband geen reden bestaat twee keer de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet te vergoeden.
- 6.3. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden door haar onvoldoende te informeren over de dekking die de aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2019 en 2020. Blijkbaar bood de aanvullende ziektekostenverzekering in 2019 slechts dekking voor fysiotherapeutische nazorg als verzoekster zich zou wenden tot een fysiotherapeut met een zogenoemd 'Pluscontract', terwijl in 2020 alle fysiotherapeuten deze zorg mochten leveren. Over de dekking en de wijziging hiervan is verzoekster onvoldoende geïnformeerd. Ook de gecontracteerde fysiotherapeuten werden hierover volgens verzoekster niet ingelicht. Dit verklaart in haar geval waarom de behandelend fysiotherapeut de declaraties in eerste instantie niet heeft opgesteld met de juiste diagnosecode. Deze nalatigheid komt volgens verzoekster voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar. Als gevolg hiervan moest de fysiotherapeut meerdere declaraties herzien en opnieuw indienen. Volgens verzoekster heeft de fysiotherapeut hierdoor € 1.000,- aan extra loon-, administratie- en bureaunkosten gemaakt en is de ziektekostenverzekeraar gehouden deze kosten te vergoeden. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties die zijn ingediend door de fysiotherapeut niet goed heeft behandeld. Pas nadat verzoekster hierover op 2 maart 2021 had geklaagd, liet de ziektekostenverzekeraar haar weten dat de declaraties vanaf 1 januari 2020 voor vergoeding in aanmerking kwamen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar haar hierover direct correct had moeten informeren. Tot slot meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een schadevergoeding van € 400,- toe te kennen voor de telefoon- en computerkosten die zij heeft gemaakt gedurende de klachtenprocedure van de ziektekostenverzekeraar. Ter zitting wordt namens verzoekster opgemerkt dat de behandelingen inmiddels zijn vergoed, maar dat het hier gaat over het 'spel'. Het sleutelwoord hierbij is, zoals eerder in de procedure naar voren gebracht, 'vertrouwen'. Het vertrouwen dat de verzekeraar de spelregels goed toepast en dat die regels niet worden opgerekt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de behandelend fysiotherapeut de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan, heeft gedeclareerd met verschillende chronische diagnosecodes. De zorgverzekering biedt dekking voor chronische fysiotherapie vanaf de 21e behandeling. Dit betekent dat de eerste twintig behandelingen per diagnosecode voor rekening van de verzekerde blijven, dan wel de vergoeding hiervan plaatsvindt op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster had op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2019 recht op vergoeding van 9 fysiotherapiebehandelingen. Verder bood de aanvullende ziektekostenverzekering 100% dekking voor fysiotherapeutische nazorg voor zover deze werd geleverd door een fysiotherapeut die daartoe was aangewezen en gecontracteerd. Dit staat vermeld in artikel 10.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De fysiotherapeut van verzoekster was hiervoor in 2019 niet gecontracteerd, zodat op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering geen recht bestond op vergoeding. Vanaf 1 januari 2020 mochten alle gecontracteerde fysiotherapeuten fysiotherapeutische nazorg leveren. Blijkbaar was de fysiotherapeut van verzoekster hiervan niet op de hoogte, waardoor niet met de juiste declaratiecodes werd gedeclareerd. Dit werd pas duidelijk gedurende de klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft contact plaatsgevonden met de behandelend fysiotherapeut, zijn de ingediende declaraties aangepast en heeft alsnog volledige vergoeding van de gedeclareerde kosten plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat hij geen aanleiding ziet om aan verzoekster of de behandelend fysiotherapeut een schadevergoeding te betalen.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.5. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 2.6 Bzv, dekking voor paramedische zorg - waaronder fysiotherapie en oedeemtherapie - vanaf de 21e behandeling, voor zover deze zorg ziet op de behandeling van een aandoening als vermeld op Bijlage 1 Bzv. In de Nota van toelichting bij het besluit tot wijziging van het Bzv van 30 september 2011 is hierover het volgende vermeld: *"Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening. Voor de duidelijkheid, het gaat niet om de eerste twintig per kalenderjaar maar om de eerste twintig behandelingen voor een aandoening die vermeld is op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat om twintig behandelingen per kalenderjaar. (...)"* Uit het voorgaande blijkt dat artikel 2.6, tweede lid, Bzv zo moet worden geduid dat het niet gaat om de eerste twintig behandeling per kalenderjaar die voor eigen rekening blijven, maar om de eerste twintig behandelingen per aandoening, zoals vermeld op bijlage 1 Bzv. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, met name dat uit de Nota van toelichting niet blijkt dat de wijziging van het Bzv was gericht op een andere beperking van de dekking dan hierin is vermeld, kan de commissie niet volgen. Uit de Nota van toelichting blijkt dat de wetgever duidelijkheid heeft willen geven over de interpretatie van vernoemd artikel. Voorstelbaar is dan ook dat hierover destijds reeds onduidelijkheid bestond, zoals ook in het onderhavige geschil, en dat de wetgever deze onduidelijkheid heeft willen wegnemen.
- 6.6. De commissie overweegt dat verzoekster aanvankelijk fysiotherapie heeft ondergaan in verband met de behandeling van (borst)kanker en dat zij nadien oedeemtherapie heeft ondergaan. Deze behandelingen zijn gedeclareerd met verschillende diagnosecodes die zien op verschillende aandoeningen als vermeld op Bijlage 1 Bzv. De commissie begrijpt dat voor verzoekster de oorzaak gelijk is en dat zij een samenhang ziet tussen de behandelingen, maar het betreft het volgens de bijlage aparte aandoeningen. Per aandoening geldt dat de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering, zoals ook volgt uit het advies van het Zorginstituut van 20 januari 2022.

Aanvullende ziektekostenverzekering en de informatieplicht

- 6.7. In artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2019) is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden deze verzekering dekking biedt voor fysiotherapie. Uit artikel 10.1 volgt dat een verzekerde van 18 jaar en ouder recht heeft op 9 behandelingen fysiotherapie per jaar op grond van de verzekering Aanvullend 1 ster. Artikel 10.2 regelt de dekking voor fysiotherapie van een verzekerde jonger dan 18 jaar en is hier dus niet van toepassing. Voorts blijkt uit artikel 10.3 dat recht bestaat op 100% vergoeding van fysiotherapeutische nazorg in verband met een oncologische behandeling, mits deze zorg wordt geleverd door een zogenoemde 'Pluspraktijk'. In de voorwaarden is verder vermeld dat als de zorg door een andere praktijk wordt geleverd, slechts de vergoeding geldt als beschreven in de artikel 10.1 en 10.2. Met ingang van 2020 is laatstgenoemde voorwaarde vervallen en mogen alle gecontracteerde fysiotherapeuten fysiotherapeutische nazorg leveren.
- 6.8. De vraag die partijen verdeeld houdt, is of verzoekster redelijkerwijs op de hoogte kon zijn van de hiervoor beschreven verzekeringsvoorwaarden en in het verlengde hiervan of de ziektekostenverzekeraar haar hierover voldoende heeft geïnformeerd. In dit verband overweegt de commissie dat verzoekster met het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering akkoord is gegaan met de bijbehorende verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat verzoekster hiervan op de hoogte kon en behoorde te zijn. Indien het laatste niet het geval was, kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 6.9. Vervolgens is de vraag of de ziektekostenverzekeraar verzoekster tijdig en op de juiste wijze heeft geïnformeerd over het feit dat elke gecontracteerde fysiotherapeut met ingang van 1 januari 2020 fysiotherapeutische nazorg mocht leveren. De commissie overweegt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 9 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)' van de Nederlandse Zorgautoriteit is gehouden zijn verzekerden te informeren over wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerden. Dit laatste was niet aan de orde. De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering werd immers gewijzigd *in het voordeel* van de verzekerden, door hierin niet langer de beperking op te nemen dat fysiotherapeutische nazorg slechts voor vergoeding in aanmerking komt als dezewordt geleverd door een "Pluspraktijk". Dit betekent dat van schending van de informatieplicht geen sprake is. Daarbij neemt de commissie in overweging dat uit de verklaringen van verzoekster blijkt dat zij hierover wel degelijk door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd, maar dat zij deze informatie te summier vindt. Hierin kan de commissie verzoekster niet volgen.

Afhandeling declaraties

- 6.10. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ingediende declaraties voor fysiotherapie door de ziektekostenverzekeraar niet goed zijn afgehandeld, met name omdat van meet af aan duidelijk was dat de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor dekking bood. De commissie overweegt in dit verband dat het de verantwoordelijkheid is van een zorgaanbieder een declaratie op zodanige wijze op te stellen dat het voor de ziektekostenverzekeraar direct duidelijk is welke zorg er wordt gedeclareerd en tot welke vergoeding hij is gehouden. Uit het dossier blijkt dat de fysiotherapeut van verzoekster aanvankelijk declaraties heeft ingediend met een declaratiecode waaruit niet bleek dat het ging om fysiotherapeutische nazorg als gevolg van een oncologische behandeling. De commissie begrijpt dan ook dat in de eerste instantie slechts een vergoeding is toegekend op grond van artikel 10.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Overigens merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar reeds naar aanleiding van de klacht die verzoekster bij hem had ingediend contact heeft opgenomen met de behandelend fysiotherapeut hierover en dat dit ertoe heeft geleid dat de declaraties zijn aangepast, waarna deze alsnog volledig zijn vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de declaraties dus al

niet goed heeft afgehandeld - en dat staat gelet op het voorgaande geenszins vast - heeft hij dit tijdig en, naar de commissie begrijpt, juist gecorrigeerd.

Schadevergoeding

- 6.11. De commissie kan beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een schadevergoeding moet betalen. In dat geval moet duidelijk zijn dat hij toerekenbaar tekort is geschoten in zijn verplichtingen op grond van de verzekeringsovereenkomst of dat sprake is van onrechtmatig handelen. Zoals hiervoor is overwogen is noch van het een noch van het ander sprake, zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen. Overigens merkt de commissie op dat verzoekster weliswaar heeft aangevoerd dat zij in verband met de klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar € 400,- aan kosten heeft gemaakt, maar dat zij heeft nagelaten haar vordering met bewijsstukken te onderbouwen, hetgeen op zich al een grond vormt voor afwijzing van dit onderdeel van het verzoek.
- 6.12. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens de behandelend fysiotherapeut heeft geschonden door deze partij niet te informeren over de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden per 1 januari 2020 en hem niet de instrueren over de wijze waarop fysiotherapeutische nazorg moest worden geleverd. Volgens verzoekster heeft de behandelend fysiotherapeut hierdoor schade geleden ten bedrage van € 1.000,- en is de ziektekostenverzekeraar gehouden deze te vergoeden. De commissie overweegt dat dit een aangelegenheid is tussen de fysiotherapeut en de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de commissie uitsluitend geschillen behandelt tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars is zij niet bevoegd over dit onderdeel van het geschil een oordeel te geven.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

1. De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
2. De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

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

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [Red: vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [Red: vervallen;]
 - 9°. [Red: vervallen;]
 - 10°. [Red: vervallen;]
 - 11°. [Red: vervallen;]
 - 12°. [Red: vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [Red: vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. [Red: vervallen;]
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

- 2 U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
- 3 Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u diabetes mellitus heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel B.40 Ketenzorg);
- b hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen;
- c voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u Zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering;
- d voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder Huisartsenzorg (zie artikel B.39 Huisartsenzorg).

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor het recht op deze zorg gelden.

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

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u recht op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximum aantal behandelingen of een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

- 1 Voor u start met de behandeling heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
- 2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysio- en oefentherapie
 - bekkenfysio- en oefentherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrie fysio- en oefentherapieWilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.
- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
- b een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- c zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- d toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.
- e verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.



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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u recht op alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan heeft u recht op 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan heeft u recht op maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1 Wordt u behandeld voor een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u voor u start met de behandeling een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering.

2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:

- kinderfysio- en oefentherapie
- bekkenfysio- en oefentherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;

b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

c toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

3.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan heeft u eenmalig per indicatie recht op de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.



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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

3.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op een traject van ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Heeft u na afronding van een traject van begeleide oefentherapie bij etalagebenen hiervoor opnieuw enkele behandelingen nodig? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend. Samen met uw aanvraag moet u een gemotiveerde verklaring van uw fysiotherapeut overleggen waaruit de medische noodzaak voor extra behandelingen blijkt. Op onze website vindt u een hiervoor een formulier dat u kunt laten invullen door uw fysiotherapeut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel A.3.1; b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

c toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

d verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

3.6 Fysiotherapie in verband met chronic obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van COPD stadium II of hoger van de GOLD-Classificatie? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u in de eerste 12 maanden, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A
- 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B
- 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D

Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B
- 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.



Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;

b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;

c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel A.2.1.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel B.31.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier 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 A.4.

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

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor

geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:



Aanvullend

Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,32 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

D.10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck

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.

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3).

Bent u 18 jaar of ouder? En heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

1 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra 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:

- kinderfysio- en oefentherapie
- bekkenfysio- en oefentherapie
- manuele therapie
- oedeemtherapie
- geriatrie fysio- en oefentherapie
- psychosomatische fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

2 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, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;

e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel D.3.



Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
3 sterren	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
4 sterren	maximaal 36 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)

10.2 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- 1 oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker;
- 2 CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
- 3 hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.3).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wilt u alle behandelingen vergoed krijgen? Dan moet u de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan heeft u alleen recht op een vergoeding uit artikel D.10.1.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Aanvullend

Basis Plus Module	100%
1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Huid

D.11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflage (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden:

11.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de NVH.
- 3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- 4 Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van lessen in camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.



Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

- 1 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
 - De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen. De pedicure werkt onderaannemerschap voor de podotherapeut. Een pedicure is:
 - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'(DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP);
 - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
 - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch Voetzorgverleners van KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg).
- 2 U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
- 3 Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u diabetes mellitus heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel 40 Ketenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- b hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen;
- c voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u Zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering;
- d voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder Huisartsenzorg (zie artikel 39 Huisartsenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

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.zk.nl/zorgzoeker 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.



Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

3 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor het recht op deze zorg gelden.

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

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u recht op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

- 1 Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
- 2 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), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kindersfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring 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.



Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
- b een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- c zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- d toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- e verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

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.zk.nl/zorgzoeker 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.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u recht op alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut. Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan heeft u recht op 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan heeft u recht op maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

- 1 Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering.
- 2 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), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kindersfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - kinderoefentherapieWilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring 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 oefentherapeuten Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. 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 verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck). Via de zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.



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.zk.nl/zorgzoeker 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.

3.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan heeft u eenmalig per indicatie recht op de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op bekkenfysiotherapie

- 1 Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op bekkenfysiotherapie.
- 2 Ontvangt u bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie? 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) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Wilt u weten bij welke therapeuten u bekkenfysiotherapie vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

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.zk.nl/zorgzoeker 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.

3.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie voor etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel 3.1;
- b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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.zk.nl/zorgzoeker 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.

3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.



Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht.

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

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. 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 verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck). Via de zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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.zk.nl/zorgzoeker 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.

3.6 Fysiotherapie in verband met chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van COPD stadium II of hoger van de GOLD-Classificatie? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u in de eerste 12 maanden, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A
- 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B
- 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D

Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B
- 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met COPD.

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

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. 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 verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck). Via de zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

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.zk.nl/zorgzoeker 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.



Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval kijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier 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 leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.





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) en 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.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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.zk.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
3 sterren	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
4 sterren	maximaal 36 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)



10.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

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 geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 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:
 - kindersfysiotherapie
 - 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.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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.zk.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Aanvullend

Basis Plus Module onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie). Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij de behandelingen niet.

1 ster	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
2 sterren	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
3 sterren	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
4 sterren	100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)

10.3 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- 1 oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker;
- 2 CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
- 3 hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1, 3.3, 3.4, 3.5 en/of 3.6 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.



Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wilt u alle behandelingen vergoed krijgen? Dan moet u de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij hiervoor niet gecontracteerd hebben? Dan heeft u alleen recht op een vergoeding uit artikel 10.1 en 10.2.

Wilt u weten met welke PlusPraktijken fysiotherapie wij hiervoor een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullend

Basis Plus Module	100%
1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%



Huid

11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflage (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden:

11.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de NVH.
- 3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van lessen in camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
- 3 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 4 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 200,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 200,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

11.3 Elektrische, IPL- of laserepilatie

Wij vergoeden de kosten van:

- a elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben;
- b laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of in een instelling waar een dermatoloog aan is verbonden, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 3 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

