



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : Turkije, medisch-specialistische zorg, privacy, bejegening

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.13 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 13 Nederlands-Turks verdrag

Zaaknummer : 201901572

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 februari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 18 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 juni 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 25 juli 2020 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 28 juli 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens gesloten verzekeringen AV CZ Eigen Bijdrage WMO-Wlz en Bijdrage Gemeenten Extra zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker reisde op 27 mei 2019 naar Turkije voor een kort verblijf. In het vliegtuig kreeg hij onder meer hevige buikklachten. Hij is na aankomst meteen doorgegaan naar het ziekenhuis. Daar is hij opgenomen en moest hij worden geopereerd. Verzoeker heeft meermaals contact gehad met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Uiteindelijk heeft hij op 14 juni 2019 een akkoordverklaring gekregen voor de operatie. Verzoeker is op 18 juni 2019 geopereerd. Na terugkomst in Nederland heeft hij de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De behandelend arts heeft bij brief van 25 juni 2019 over verzoeker verklaard:
"HISTORY
The patiënt flew from the Netherlands at night on May 27 and presented to the emergency room after leaving the plane for severe abdominal pain, nausea and vomiting and hospitalization was made for diagnosis of acute diverticulitis attack.
(...)
Surgery Finding: (...)

With Pfannenstiel incision, colon segment was taken out of the abdomen. Resection was completed and anvil of CEE anastomosis stapler no 28 was placed in the colon. (...)”

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juni 2019 aan verzoeker meegedeeld dat een bedrag van € 7.742,54 wordt vergoed voor de ingreep - een laparoscopische resectie van een stuk darm met aanleg van tijdelijk ileostoma - die verzoeker heeft ondergaan in Turkije. Deze vergoeding is gebaseerd op zorgproductcode: 119499058 met omschrijving: 'Zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van het spijsverteringsstelsel'.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn eerdere beslissing niet handhaaft. Op grond van de aanspraak op spoedzorg in het buitenland uit de aanvullende ziektekostenverzekering verleent de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding van € 5.787,46. Hiermee zijn de volledige kosten van de behandeling in Turkije vergoed.

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar erkent dat hij niet correct heeft gehandeld als het gaat om de vergoeding van de ziekenhuisopname en de repatriëring;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de regels betreffende de privacy heeft geschonden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar hem onheus heeft bejegend.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit het Nederlands-Turks verdrag, en die uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en vervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Vergoeding van de ziekenhuisopname in Turkije

6.2. Verzoeker is na aankomst in Turkije meteen door een medepassagier naar het ziekenhuis gebracht. Hij heeft telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale om van de ziekenhuisopname melding te doen. Nadat bekend was geworden wat er met verzoeker aan de hand was, en duidelijk was dat hij moest worden geopereerd, heeft hij dit eveneens doorgegeven aan de alarmcentrale. Het duurde echter erg lang voordat de ziektekostenverzekeraar toestemming voor de operatie gaf. Er werd steeds weer informatie opgevraagd. De alarmcentrale deed de toezegging dat hij in afwachting van de goedkeuring in het ziekenhuis kon blijven. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 juni 2019 toestemming verleend en kon verzoeker op 18 juni 2019 worden geopereerd.

Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de nota van de ziekenhuisopname ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft echter niet de juiste vergoeding uitgekeerd. Verzoeker stelt dat hij op grond van de zorgverzekering recht heeft op een vergoeding van 75% van de kosten van de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie echter een vergoeding toegekend die lager is dan 75% van het gefactureerde bedrag. Deze vergoeding voldoet dus niet aan de polisvoorwaarden. Ook wilde de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk de kosten van de wachttijd niet vergoeden, hoewel door de alarmcentrale was toegezegd dat verzoeker tot de goedkeuring in het ziekenhuis kon blijven. Nadat verzoeker een klacht had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten volledig vergoed om zo een procedure te voorkomen. Ook deze vergoeding is echter niet conform de polisvoorwaarden. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de wijziging van het standpunt het gevolg van herziening van medische gegevens, maar dat klopt volgens verzoeker niet. De Turkse arts heeft steeds dezelfde medische informatie en diagnose genoemd.

Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de spoedeisendheid van de operatie ten onrechte niet erkend. Bij aankomst in het ziekenhuis in Turkije is vastgesteld dat het ging om een levensbedreigende situatie (de dikke darm stond op springen). Er was dus geen sprake van planbare zorg zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 juni 2020 primair gesteld dat er geen procesbelang is in deze zaak, omdat alle kosten reeds zijn vergoed.

De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat in eerste instantie 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief is vergoed ten laste van de zorgverzekering. In het verzoek om heroverweging heeft verzoeker aangevoerd dat het om spoedzorg ging. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedzorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft de beschikbare informatie daarom nogmaals beoordeeld en geconcludeerd dat inderdaad sprake was van spoedzorg. Daarom is de eerder toegekende vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aangevuld tot 100% van het notabedrag.

- 6.4. Gezien de stellingen van partijen dient in de eerste plaats te worden vastgesteld of verzoeker een procesbelang heeft ten aanzien van zijn klacht over de vergoeding van de kosten van de opname. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar na het verzoek om heroverweging heeft besloten deze kosten alsnog volledig te vergoeden. Hierdoor is hetgeen eerder fout is gegaan bij het vaststellen van de vergoeding gerepareerd. Hiertoe dient de heroverweging ook. Met de volledige vergoeding van de kosten van behandeling en de ziekenhuisopname is het procesbelang voor zover dit betreft de behandeling en de ziekenhuisopname komen te vervallen.

Repatriëring

- 6.5. Verzoeker stelt dat zijn herstel ernstig in gevaar is gebracht doordat de ziektekostenverzekeraar zijn repatriëring heeft tegengewerkt. Hij heeft hiervoor uiteindelijk de ANWB alarmcentrale moeten inschakelen. Dit tegen afspraken met de ziektekostenverzekeraar in.

- 6.6. De commissie overweegt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor het vervoer van een verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland zoals in het onderhavige geval is gebeurd. In artikel D.14, onder c, van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op repatriëring (terugkeer) van een zieke verzekerde. Hierbij is echter vermeld dat de repatriëring zelf medisch noodzakelijk moet zijn, bijvoorbeeld omdat de juiste medische behandeling in het buitenland niet beschikbaar is. Daarnaast moet betrokkene worden vervoerd naar een instelling die medisch specialistische zorg verleent. Uit het dossier blijkt niet dat dit bij verzoeker het geval is geweest. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op repatriëring ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

Privacy

- 6.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 26 november 2019 verzocht om toezending van zijn volledige dossier. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan niet direct gehoor gegeven. Uiteindelijk heeft verzoeker door de bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen een kopie van zijn dossier ontvangen. Dit dossier is echter volgens verzoeker niet compleet. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier niet per aangetekende post verstuurd. Hierdoor was de privacy van verzoeker niet gewaarborgd. Dit is volgens hem in strijd met de AVG.
- Verzoeker merkt voorts op dat hij het merkwaardig vindt dat het dossier van de alarmcentrale via de ziektekostenverzekeraar aan hem wordt gestuurd, terwijl hij hiervoor een verzoek had ingediend bij de alarmcentrale zelf. Verzoeker gaat niet akkoord met de door hem ontvangen transcripties van de gesprekken die hij heeft gevoerd met de alarmcentrale.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker het standpunt - dat in strijd met de AVG is gehandeld - niet nader heeft onderbouwd.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij een samenwerkingsovereenkomst heeft met de alarmcentrale. De alarmcentrale handelt namens de ziektekostenverzekeraar de aanvragen af van verzekerden die in het buitenland zijn. Alleen als het strikt noodzakelijk is, worden gegevens uitgewisseld, bijvoorbeeld als er discussie is over de zorg in het buitenland. In vervolg op het gesprek met verzoeker op kantoor bij de ziektekostenverzekeraar zijn de extra stukken opgevraagd, omdat verzoeker verklaarde dat hij alle stukken wilde inzien. Het opvragen van stukken is soms ook noodzakelijk om een claim verzekeringstechnisch te kunnen afhandelen.
- 6.9. Volgens verzoeker ontbreken enkele e-mailberichten van de Turkse arts in het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde dossier. Hij heeft echter niet gespecificeerd om hoeveel e-mailberichten het gaat, en van welke data deze stukken zijn. Ook heeft verzoeker geen kopieën overgelegd waaruit blijkt dat de volgens hem ontbrekende e-mailberichten zijn verstuurd. De commissie kan hierdoor niet vaststellen of hetgeen verzoeker heeft aangevoerd juist is.
- Ten aanzien van het niet per aangetekende post versturen van het dossier merkt de commissie op dat het op grond van de AVG niet verplicht is om een dossier aangetekend te versturen. Niet duidelijk is waarop verzoeker zijn stelling baseert.
- De ziektekostenverzekeraar heeft - zo blijkt uit het dossier - naar aanleiding van het gesprek met verzoeker op 26 november 2019 aanvullende stukken opgevraagd bij de alarmcentrale. Deze stukken zijn doorgestuurd naar verzoeker. Verzoeker vindt het merkwaardig dat de stukken niet rechtstreeks naar hem zijn verzonden, maar via de ziektekostenverzekeraar en vervolgens de Ombudsman Zorgverzekeringen.. De alarmcentrale heeft op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar de gevraagde stukken aan hem gezonden. Gelet op de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen en het gesprek op 26 november 2019 is de niet rechtstreekse toezending door de Alarmcentrale aan verzoeker, begrijpelijk.
- Voorts gaat verzoeker niet akkoord met de door de alarmcentrale overgelegde transcripties van de gevoerde gesprekken. Hij wil de audiobestanden van de gevoerde gesprekken ontvangen. Het is de commissie niet bekend of de desbetreffende audiobestanden bewaard zijn gebleven. Verzoeker heeft ook niet gesteld dat deze bestanden bewaard zouden zijn. Daarnaast volgt uit de regelgeving niet dat deze audiobestanden moeten worden overgelegd. De bewijslast van de stelling dat de transcripties niet adequaat zijn, ligt bij verzoeker. Hij is er niet in geslaagd aannemelijk te maken dat de transcripties niet adequaat zijn.

Bejegening en communicatie

- 6.10. Verzoeker vindt dat de ziektekostenverzekeraar hem en de medewerkers van het Turkse ziekenhuis niet correct heeft behandeld. Er is meerdere keren gevraagd om dezelfde informatie. Ook zijn er veel onnodige vragen gesteld. Hierdoor heeft hij onnodig lang moeten wachten tot hij kon worden geopereerd.
Volgens verzoeker is de werkelijke gang van zaken anders geweest, dan nu door de ziektekostenverzekeraar in het overgelegde dossier is weergegeven.
Daarnaast is de door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gehanteerde diagnose verkeerd geformuleerd. Verzoeker benadrukt dat de operatie is uitgevoerd omdat *"de sigmoïd en dikke darm op springen heeft gestaan, met alle daarbij behorende risico's"*.
- Verzoeker heeft op 26 november 2019 een persoonlijk gesprek gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft tijdens dit gesprek een aantal eisen gesteld, onder meer ten aanzien van het volledig en kloppend maken van zijn dossier. Dit betreft het aanpassen van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde diagnose, *"voorzien van de feitelijke noodzakelijkheid van de ingreep, conform de rapportages en gestelde diagnose van mijn chirurg professor dokter hoogleraar Yol"*. Verzoeker merkt hierbij op dat het 'openen van de deuren' voor het desbetreffende ziekenhuis en een correcte behandeling van het ziekenhuis voor hem zeer belangrijke speerpunten zijn.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij geen diagnose stelt, maar dat hij afgaat op de aangeleverde informatie daaromtrent. Zowel de alarmcentrale als de Turkse arts stelt als diagnose acute diverticulitis. De ziektekostenverzekeraar heeft deze diagnose gevolgd.
De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van een verzoek daartoe van de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoeker uitgenodigd voor een gesprek op zijn kantoor. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 26 november 2019.
In de brief van 21 januari 2020 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij zich - naar aanleiding van de ontvangen letterlijke gespreksnotitie van de alarmcentrale van 31 mei 2019 - kan voorstellen dat er bij verzoeker verwarring is ontstaan over de vergoeding van het verblijf in het ziekenhuis. Deze gespreksnotitie was de ziektekostenverzekeraar eerder niet bekend, omdat hij niet beschikt over het volledige dossier van de alarmcentrale.
Voor de miscommunicatie met de alarmcentrale over de opnameduur en de kosten heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog zijn excuses aangeboden.
- 6.12. Ten aanzien van de diagnose stelt de commissie vast dat de behandelend arts op het 'epicrisis form' van 13 juni 2019 de volgende diagnoses vermeld:
*"M51.1 - Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy
R10.0 - Acute abdomen
K57.9 - Diverticular disease of intestine, part unspecified, without perforation or abscess"*
In aanmerking genomen de door de behandelend arts genoemde diagnoses komt de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte diagnose 'acute diverticulitis' de commissie niet onjuist voor.
Ten aanzien van de bejegening en communicatie merkt de commissie op dat uit het dossier blijkt dat een en ander niet heel soepel is verlopen. Het gaat echter te ver om dit volledig toe te schrijven aan de alarmcentrale en/of de ziektekostenverzekeraar. Het was niet mogelijk verzoeker rechtstreeks telefonisch te bereiken en het telefonisch contact via het ziekenhuis was ook niet eenvoudig. Uit het dossier blijkt niet dat door of namens de ziektekostenverzekeraar onnodig meerdere keren dezelfde informatie is opgevraagd, zoals door verzoeker is gesteld.
Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar reeds zijn excuses aangeboden voor de verwarring die is ontstaan over de vergoeding van het verblijf van verzoeker in afwachting van de toestemming voor de ingreep.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst de verzoeken af.

Zeist, 26 augustus 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming zich te wenden tot een bepaalde persoon

of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelingen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

aanvullende verzekering CZ Gemeenten Extra (modelnummer: 8012204) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering CZ Gemeenten Extra.

Dit is een aanvullende gemengde verzekering, zie artikel C.2.2 van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

Alle zorg is op restitutiebasis (zie artikel A.20.2.2.), behalve waar een verschil is in de vergoeding voor zorg door een gecontracteerde zorgverlener en een niet-gecontracteerde zorgverlener: dat is zorg in natura (zie artikel A.20.2.1.).

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

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

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

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

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve geneeswijzen		D.7.
Alternatieve geneeswijzen	€ 200,- per jaar voor alternatieve en/of psychosociale behandelingen (€ 40,- per dag) en medicijnen (100%) samen	D.7. D.7.1. en D.7.2.
Beweegprogramma		D.22.
Beweegprogramma	€ 350,- per 3 jaar bij bepaalde aandoeningen	D.22.2.
Buitenland spoedzorg		D.14.
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief binnen de EU/EER, Zwitserland en verdragslanden; in andere landen max. 2x het Nederlandse marktconforme tarief (dit is inclusief vergoeding uit uw zorgverzekering)	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 275,- per jaar	D.14.b.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
Diëtietiek		D.18.
Diëtietiek	€ 120,- per jaar	D.18.
Ergotherapie		D.17.
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17.1.
Begeleiding mantelzorger bij ergotherapie	2 uur per jaar	D.17.2.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck		D.16.
Fysiotherapie en oefentherapie	18 behandelingen per jaar (bij gecontracteerde zorgverlener 100% van het afgesproken tarief;	D.16.1.

tieve overeenkomst;

- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens over pakquetsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens met de collectiviteit waaraan u deelneemt.

A.15.4. Actuele adres

Wij gaan er vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.16. Privacy en controle

A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de geldende privacywetgeving (de Wet bescherming persoonsgegevens). Deze wordt op 25 mei 2018 vervangen door de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze internetsite.

A.16.2.

VERVALLEN

A.16.3.

VERVALLEN

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het

landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoopt op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen

schillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de zorgovereenkomsten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling.

Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze internetsite.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura JUST (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)

Andere zorgverzekeringen:

5. Aanvullende verzekering en ziektekostenverzekering (zie A.20.2.2.)
6. Aanvullende gemengde verzekering (zie A.20.2.1. en A.20.2.2.)

A.20.2.1. Als u een zorgverzekering en/of aanvullende verzekering met zorg in natura hebt

Dit geldt voor de Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura JUST en/of de zorg in natura uit uw aanvullende verzekering en verschilt per situatie.

Situatie 1:

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener of
- b. U wilt naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat redelijkerwijs niet, omdat deze niet tijdig bereikbaar of niet beschikbaar is of omdat sprake is van spoedeisende zorg. Wat tijdig bereikbare zorgverlening is, hangt af van wat als wachttijd medische inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is. U gaat dan noodgedwongen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Wij vergoeden maximaal:

- het vast wettelijk tarief, of
- als dat niet bestaat: het afgesproken tarief of (in situatie b) het gemiddelde afgesproken tarief, of
- als ook dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief, of
- een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

Situatie 2:

U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u gaat naar een niet-gecontracteerde zorgverlener omdat dit uw voorkeur heeft.

We verlagen de vergoeding en rekenen met een percentage *) van:

- a. het vast wettelijk tarief of
- b. het gemiddelde afgesproken tarief als er geen

vast wettelijk tarief bestaat of

- c. het in rekening gebrachte tarief als dit lager is dan het gemiddelde afgesproken tarief of
- d. een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

Dat percentage *) is:

- 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Select;
- 65% bij een Zorgverzekering Natura JUST.

Voor de Zorgverzekering Natura Select en Zorgverzekering Natura JUST geldt de hardheidsclausule.

U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding (70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select of 65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura JUST) uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog 75% van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

A.20.2.2. Als u een (aanvullende) zorgverzekering of ziektekostenverzekering hebt met zorg op basis van restitutie.

Dit geldt voor de Zorgverzekering Restitutie, de ziektekostenverzekering en/of de vergoedingen op restitutiebasis uit uw aanvullende verzekering.

Wij vergoeden maximaal:

- het vast wettelijk tarief of
- als op uw Vergoedingen Overzicht een bedrag, aantal, uren en/of termijnen staat: het maximale bedrag, aantal, uren en/of termijnen of
- als we dat niet vermelden: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Tip!

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die zorg dan vergoeden we volgens het afgesproken tarief. We hebben bijna altijd lagere tarieven afgesproken met gecontracteerde zorgverleners dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Dit betekent dat het eigen risico dat u voor die zorg moet betalen, dan ook lager is. U heeft dan dus voordeel van de lagere tarieven die wij contracteren.

Voorbeelden voor verschillende verzekeringen:

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, geen zorgovereenkomst met ons heeft. U ziet op onze internetsite dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel een zorgovereenkomst hebben, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven. U krijgt 75% vergoed van het afgesproken tarief.

Voorbeeld:

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een behandeling. Wij hebben hem niet gecontracteerd en volgens uw zorgverzekering vergoeden wij dan 75% van het afgesproken tarief. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld:

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen zorgovereenkomst met de zorgverlener die u behandelt. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen zorgovereenkomsten. Alternatieve

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;

- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.ehic.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Let op!

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

Voorwaarden

Zorgverlener

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

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

men in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u reeds eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

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

Plaats

U krijgt de zorg op een door de zorgverlener aangewezen plaats.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- preventieve zorg (zie artikel B.21);
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie artikelen B.19.2. en B.19.3.);
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -advisering (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen

(zie artikel B.4.14.);

- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
 - correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
 - parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal

aantal dagen.

Zorgverlener

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

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

de Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (be- roeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze

bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wilt maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

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

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

- Van:
 - uw wettelijke woonadres;
 - uw tijdelijke verblijfadres;
 - de plaats waar u wordt behandeld;
 - de plaats van uw ongeval of plotselinge ziekte
- naar:
 - een zorgverlener of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - een instelling waar u bent opgenomen. Uw opname moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de Wlz;

- een zorgverlener of instelling voor Jeugd-GGZ die zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar verleent. Deze zorg valt onder de Jeugd-wet en de kosten daarvan komen geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeente.
 - Van:
 - een instelling waar u bent opgenomen en waarvan deze opname helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz valt naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgverlener voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen.
 - Van:
 - een zorgverlener. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - een instelling waar u zult worden opgenomen. Uw opname moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de Wlz;
 - een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek krijgt of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgverlener voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgverlener of instelling voor Jeugd-GGZ die zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar verleent. Deze zorg valt onder de Jeugd-wet en de kosten daarvan komen geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeente
- naar:
- uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer:
 - per auto,
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of

- taxi
over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden.

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,30 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat wettelijke eigen bijdragen en heeft uitsluitingen:
 - U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 103,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
 - U bent niet verzekerd voor zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:

- het vervoer van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - vervolgens terug naar woning op uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan;
- u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met openbaar vervoer en zelfs niet met aangepast vervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- de verzekerde jonger is dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijge-

voegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:
aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

$5 \text{ (aantal maanden behandeling)} \times 2 \text{ (aantal behandelingen per week)} \times 52/12 \times 26 \text{ (afstand in kilometers)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} = 281,67$. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Wij kunnen bij voor een akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

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

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij

“plaats” in artikel B.18.1. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan bent u alleen verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel. Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze internetsite of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ basis

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ), zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) gevolgd door
- behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Eén behandeltraject gbGGZ zou dan voldoende moeten zijn om u de zorg te geven die u nodig hebt. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Deze zorg kan ook gegeven worden door middel van een evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorgarrangement (blended care). Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Uw zorgverlener mag in principe maximaal 1 behandeltraject per diagnose(groep) bij ons in rekening brengen. In specifieke situaties kan een 2^e behandeltraject gbGGZ in 1 kalender-

jaar worden gedeclareerd. U moet dan wel minstens 2 maanden behandelvrij en klachtenvrij zijn na het 1^e behandeltraject. U hebt dan ook een nieuwe verwijzing nodig en er moet sprake zijn van een 2e hulpvraag op basis van (het vermoeden van) een andere diagnose(hoofdgroep). Zie ook artikel 2.2. in het Reglement GGZ.

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten (dat kunt u op uw polisblad zien); en
 - het gaat om zorg in de vorm van e-health (blended care); en
 - u naar een zorgverlener gaat waarmee wij een zorgovereenkomst hebben voor e-health behandeling.
- In alle andere situaties valt de zorg wel onder het eigen risico.
- Van de gbGGZ zijn de belangrijkste uitsluitingen genoemd in het Reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2. Generalistische basis GGZ (gbGGZ).

Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld aan de hand van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar.
- De regiebehandelaar verleent de zorg.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts (KNMG), klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gbGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwe-

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelessen.

Voorwaarden

Algemeen

De camouflagelessen hebben tot doel dat u wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals kunt camoufleren.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist die bij ANBOS met de specialisatie "camouflage" staat geregistreerd. In dit geval komt de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.11. Obesitas behandeling

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan een deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

- Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- Uw Body Mass Index (BMI) is 40 of hoger (morbide obesitas).
- U moet het volledige programma doorlopen hebben.
- De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

De behandeling vindt plaats in een behandelcentrum dat wij hebben erkend of waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. U kunt deze vinden op onze internetsite.

D.12. Vervoer

D.12.1. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij geven met betrekking tot zittend ziekenvervoer:

- a. vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering per jaar moet betalen bij gebruik van auto, openbaar vervoer of taxi;
- b. een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de zorgverzekering bij gebruik van een auto;
- c. een vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- d. een vergoeding bij gebruik van auto of openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of de wettelijke eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is deze zorg al gedeeltelijk verzekerd. In artikel B.18.2. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;

- o de kosten van ziekenvervoer in verband met Wlz-zorg;
- o kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.

Voorwaarden

Algemeen

- De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d.: het zittend ziekenvervoer houdt verband met zorg waarvoor u volgens uw zorgverzekering of de aanvullende verzekering bent verzekerd;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d. is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk.
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Aanvullende voorwaarde voor D.12.1.c.

De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgverlener

Voor ziekenvervoer genoemd in artikel:

- D.12.1.a.: een erkende (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) vergunninghoudende taxivervoerder, openbaar vervoer, uw eigen auto of huurauto;
- D.12.1.b.: uw eigen auto of huurauto;
- D.12.1.c.: een erkende (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) vergunninghoudende taxivervoerder;
- D.12.1.d.: openbaar vervoer, huurauto of eigen auto.

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

D.12.2. Reiskosten voor ouders

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden uw reiskosten naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) waar uw kind is opgenomen. Wij vergoeden die reiskosten vanaf de 1e dag van de opname.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

Voorwaarden

Algemeen

- Uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar en is bij ons verzekerd;
- Uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg buiten uw woonplaats;
- Uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland. Is het woonland Nederland, dan mag de opname ook in België of Duitsland zijn;
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.12.3. Bezoekkosten

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de reiskosten van één bezoeker naar een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) als u daarin bent opgenomen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten:
 - o voor een bezoek als u bent opgenomen in

D.14. Buitenland spoedeisende zorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat de hieronder genoemde vormen van spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Spoedeisende zorg is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

- a. de “boventarief” kosten.
In het buitenland bent u verzekerd voor dezelfde zorg (in inhoud en omvang) als waarvoor u in Nederland (of uw woonland) verzekerd bent. Uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekering vergoeden de kosten volgens de Nederlandse tarieven.
De tarieven van de buitenlandse zorg kunnen echter afwijken van de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven:
 - o lager zijn dan de Nederlandse tarieven, vergoeden wij dit lagere buitenlandse tarief.
 - o hoger zijn dan de vergoeding volgens Nederlandse tarieven, die u uit uw zorgverzekering of uw aanvullende verzekering krijgt, blijft er een bedrag over. Wij noemen dit bedrag het “boventarief”.
Wij vergoeden vanuit dit artikel dit “boventarief” (inclusief de vergoeding volgens de Nederlandse tarieven) tot maximaal het tarief dat op uw Vergoedingen Overzicht staat;
- b. mondzorg bij spoed door een tandarts;
- c. repatriëring (terugkeer) van de zieke verzekerde inclusief medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.
De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:
 - o de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
 - o behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
 - o behandeling in het buitenland ter plaatse veel duurder is dan behandeling in het woonland/Nederland.
- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van

een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;

- e. (vervallen);
 - f. vervoer van het stoffelijk overschot:
 1. terug naar Nederland van de verzekerde die buiten Nederland is overleden en tot zijn overlijden in Nederland heeft gewoond, of;
 2. terug naar het woonland van de verzekerde die buiten zijn woonland is overleden.
- De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden terug naar Nederland of naar het woonland. Onder deze kosten vallen de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten;
- g. toezending van noodzakelijke medicijnen en/of hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de kosten van een koerier. Wij bedoelen niet de aanschafkosten van de middelen;
 - h. kosten van (tele)communicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
 - i. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de zorgverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

Let op!

- In de zorgverzekering is deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.2.2. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden medicijnen en/of hulpmiddelen.
- Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Het terugbrengen van een overledene valt niet onder de zorgverzekering en ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding

opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

- Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365^e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- Uw verblijf is tijdelijk. Daarvan is sprake, als u maximaal 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgverlener

Een zorgverlener die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. U moet de akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen voor deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek is geen akkoordverklaring nodig.

Tarieven

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

D.14.2. Vervallen

D.15. Voetzorg

D.15.1. Algemene voetzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podologie en podotherapie).

Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel D.15.1. vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - behandelingen van patiënten bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen;
 - persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- In de zorgverzekering kan deze zorg al gedeeltelijk en onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In artikel B.23. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de voetzorg uit.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.15.2. Voetzorg bij ernstige bloedvatproblemen en/of reumatoïde artritis

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podotherapie) ingeval van voetproblemen bij:

- reumatoïde artritis en/of;
 - ernstige bloedvatproblemen in de benen.
- Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel