

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202501203

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar u.a. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij bericht van 30 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij bericht van 24 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 februari 2026 respectievelijk 9 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 en 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster verbleef van 10 december 2024 tot 31 juli 2025 in Maleisië. Tijdens dit verblijf heeft zij kosten gemaakt van medisch specialistische zorg, geneesmiddelen en tandheelkundige zorg. Het betreft hierbij consulten, radiologisch onderzoek van rug, nek, schouder en knie, MRI's van nek, abdomen, heup, borst en rug, laboratoriumonderzoek, longonderzoek en een dopplersonderzoek, uitgevoerd in het Lam Wah Ee Hospital, consulten en een Vitamine D-kuur in het Loh Guam Lye Specialist Centre, kosten van geneesmiddelen, afgenomen bij Big Pharmacy en Watsons Pharmacy, en tandheelkundige zorg, waaronder een OPG, "scaling and polishing" en het vullen met composiet van de elementen 12 en 36, uitgevoerd bij Penang Dental Surgery en Family Dental. De nota's ter zake, ten bedrage van totaal € 1.209,50 heeft verzoekster op 28 mei 2025 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop is correspondentie per mail over en weer gevolgd. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding grotendeels afgewezen.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 juli 2025 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 juli 2025 hierover per mail benaderd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde nota's ter zake medisch specialistische zorg, geneesmiddelen en tandheelkundige zorg, oorspronkelijk ten bedrage van totaal € 1.209,50, alsnog volledig te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij het indienen van de nota's ter declaratie, in de daaropvolgende e-mailberichten van 18 juni 2025 en 14 juli 2025, en herhaald in haar correspondentie van 19 oktober 2025, en 4 en 30 december 2025 toegelicht dat zij zich in augustus en september 2024 met klachten bij de huisarts heeft gemeld. Er volgde toen geen diagnostiek of verder onderzoek. Tijdens het verblijf in Maleisië verergerden de klachten. De aldaar genoten zorg was medisch noodzakelijk en kon niet worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Dit onder andere vanwege het risico op trombose en longembolie. Door de behandelend medisch specialist werd terugreizen ook afgeraden. Volgens verzoekster was tijdens het verblijf in Maleisië sprake van acute en levensbedreigende symptomen, te weten:

- extreem hoge urinezuurwaarden, zeer hoge ontstekingswaarden en vitamine D-deficiëntie;
- driedubbel verhoogde D-dimeerwaarden, in haar geval van 1507 ng/ml, waar 500 ng/ml normaal is. Dit vormt een indicatie voor bloedstolsels;
- ernstige invaliderende pijn in het gehele lichaam;
- zuurstoftekort, aanhoudende duizelingen en onverklaarbaar wegvallen;
- gevaarlijke schommelingen in de bloeddruk, etc.;
- de bovengenoemde klachten hangen deels samen met de chronische aandoeningen van verzoekster en vereisten spoeddiagnostiek.

In haar bericht van 21 oktober 2025 licht verzoekster toe dat sprake was van hypertensie/kritieke instabiliteit. De bloeddruk ging van 110 naar 60-70 mmHg. Het plotselinge drukverval is ook geregistreerd. Daarnaast liet de ECG een sinusritme met first-degree AV-block zien. Dit rechtvaardigt cardiologisch toezicht.

De kosten van tandheelkundige zorg houden verband met een afgebroken tand en een ontsteking in de mond. Ook hierbij betrof het spoedeisende zorg.

- 3.3. Verzoekster acht de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar onacceptabel. Zij merkt op dat sprake is van valse beloften. Zo zou het declareren eenvoudig gaan via de app, maar dit bleek niet het geval. Zij heeft hier veel tijd aan moeten besteden. Voorts verwijt zij de ziektekostenverzekeraar onnodige bureaucratie en "bedreiging". Haar werd namelijk meegedeeld dat als zij niet zou meewerken, haar declaraties niet in behandeling zouden worden genomen. Verder mist verzoekster specifieke feedback van de ziektekostenverzekeraar. Zo wordt haar niet duidelijk gemaakt welke informatie nog ontbreekt. Zij tekent hierbij aan dat het verkrijgen van bepaalde informatie buiten haar invloedssfeer ligt. Volgens verzoekster maakt de ziektekostenverzekeraar zich ook schuldig aan "gijzeling van declaraties". Ingediende nota's van tandheelkundige zorg worden niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar is voorts nalatig in zijn communicatie. Zo werden de e-mailberichten van 4, 5, 9 en 18 juni 2025, en 3 en 11 juli 2025 niet inhoudelijk beantwoord. Verzoekster concludeert dat het achterwege blijven van een inhoudelijke beoordeling strijdig is met de zorgplicht en de motiveringsplicht.

- 3.4. Verzoekster tekent aan dat in Maleisië geen ‘poortwachtersfunctie’ bestaat. Patiënten wenden zich direct tot het ziekenhuis of de kliniek. Verzoekster is naar dr. Serena van het Lam Wah Ee Hospital gegaan en heeft vervolgens diens adviezen opgevolgd. Voor het vragen van een verwijzing bestond bovendien geen tijd. Dit laatste geldt ook voor het vragen van toestemming aan de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster stelt ruim € 200,- per maand aan premie te betalen en al 35 jaren bij de ziektekostenverzekeraar te zijn verzekerd. Hij zou hiermee rekening kunnen houden in het kader van de beoordeling. Redelijkheid en billijkheid spelen daarbij een belangrijke rol.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 24 november 2025 verklaard dat verzoekster in Nederland al bekend was met astma en hoge bloeddruk. Zij werd hiervoor behandeld door de huisarts. Zij is zonder de vereiste verwijzing, en zonder dat sprake was van een spoedindicatie, naar een Health Screening Centre gegaan. In deze private instelling heeft verspreid over meerdere dagen ongerichte diagnostiek plaatsgevonden vanuit een check-up opzet. Verzoekster was op deze zorg niet redelijkerwijs aangewezen, hetgeen een tweede afwijsreden vormt. Het ontbreken van voorafgaande toestemming, zoals vermeld in artikel 10 lid 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, wordt verzoekster niet (meer) tegengeworpen, nu deze eis alleen geldt voor intramurale zorg.

De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van de geneesmiddelen rosuvastatine, monuril, betahistine, monolukast en symbicort met inachtneming van de vergoedingsslimiet van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). De geneesmiddelen Seleck2® Complex, Engerix en vitamine D worden niet vergoed. Eerstgenoemd product is een supplement en valt onder de zelfzorg, evenals vitamine D. Voor Engerix gelden voorwaarden op grond van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, waaraan verzoekster niet voldoet.

Bij de tandheelkundige zorg gaat het niet om spoedzorg, maar om uitgestelde zorg. Verzoekster koos voor behandeling in Maleisië vanwege lange wachttijden en onvolledige behandeling in Nederland.

De ziektekostenverzekeraar verklaart op 29 juli 2025 inhoudelijk te hebben gereageerd op het e-mailbericht van verzoekster van 11 juli 2025.

- 4.2. In zijn brief van 16 december 2025 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen licht de ziektekostenverzekeraar toe dat zijn medisch adviseur een medische beoordeling heeft uitgevoerd aan de hand van de medische correspondentie, en niet op basis van anamnestiche gegevens of ervaringen van verzoekster, daar deze niet objectief vast te stellen zijn.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat, gelet op de artikelen 2 lid 5 en 18 lid 2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering een verwijzing noodzakelijk was, in dit geval van een General Practitioner. De bevindingen naar aanleiding van de uitgevoerde diagnostiek maken op zichzelf niet dat sprake was van dringende ongeplande zorg aan een patiënt met acute aandoeningen of verwondingen als bedoeld in artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Gegeven het klachtenbeeld, waarmee verzoekster al in Nederland bekend was, was een verwijzing vereist. Het aan verzoekster gegeven advies niet te vliegen maakt dit niet anders.

Met betrekking tot de kosten van tandheelkundige zorg verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 4 lid 6 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekering. Hieruit volgt dat de dekking beperkt is tot Nederland, tenzij het spoedeisende tandheelkundige zorg betreft, zoals vermeld in het vergoedingsoverzicht. Bij verzoekster is dit niet aan de orde. De adviserend tandarts heeft een beoordeling uitgevoerd en heeft geconcludeerd dat sprake was van bestaande problematiek, althans een daaruit voortvloeiende behandel noodzaak.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een inhoudelijke beoordeling heeft plaatsgevonden en dat hij zijn beslissingen terdege heeft onderbouwd.

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 14 lid 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de Algemene Voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg, mondzorg en geneesmiddelen, en die over het vereiste van een verwijzing alsmede het van belang zijnde artikel uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster heeft tijdens haar verblijf in Maleisië, specifiek in de periode van 20 december 2024 tot en met 6 maart 2025, kosten gemaakt van medisch specialistische zorg, geneesmiddelen en tandheelkundige zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan geweigerd. In het navolgende zal de commissie per onderdeel beoordelen of deze weigering terecht was.

Medisch specialistische zorg

- 6.3. Verzoekster heeft in het Lam Wah Ee Hospital consulten, radiologisch onderzoek van rug, nek, schouder en knie, MRI's van nek, abdomen, heup, borst en rug, laboratoriumonderzoek, longonderzoek en een dopplersonderzoek gehad. In het Loh Guam Lye Specialist Centre hebben consulten en een Vitamine D-kuur plaatsgevonden. De aanspraak op medisch specialistische zorg is opgenomen in artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling vindt zijn grondslag in artikel 2.4 Bzv. Artikel 18 lid 2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat hiervoor een verwijzing nodig is van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of een verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch-specialistische zorg). Hierna worden nog enkele bijzondere situaties beschreven, die in het geval van verzoekster niet aan de orde zijn. De eis van een voorafgaande verwijzing is gebaseerd op artikel 14, tweede lid, Zvw. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster beschikte over een verwijzing naar de tweedelijns zorg. Het gegeven dat verzoekster de aanwijzingen heeft opgevolgd van dr. Serena van het Lam Wah Ee Hospital maakt deze conclusie niet anders. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat zij niet mocht of kon terugvliegen naar Nederland vanwege de hieraan verbonden risico's. De bevindingen naar aanleiding van de plaatsgevonden diagnostiek maken niet dat de eis van een voorafgaande verwijzing niet (meer) van toepassing zou zijn.
- 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat het in haar geval ging om spoedeisende onderscheidenlijk medisch noodzakelijke zorg. In artikel 15 lid 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor spoedeisende zorg geen verwijzing nodig is. Wat in dit verband onder spoedeisende zorg moet worden verstaan is gedefinieerd in artikel 1 van de verzekeringsvoorwaarden, en wel als: "Dringende en ongeplande medische en verpleegkundige zorg aan patiënten met acute aandoeningen of verwondingen". De commissie oordeelt dat hiervan

in de situatie van verzoekster niet kan worden gesproken. Terecht heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat de zorgverlening zich heeft uitgestrekt over een aantal dagen en dat sprake is van ongerichte diagnostiek vanuit een check-up setting. Dit laatste wordt bevestigd in een stuk van het Lan Wah Ee Hospital van 24 februari 2025, waarin is vermeld: “Came for medical check up”.

Verzoekster heeft gesteld dat het systeem van voorafgaande verwijzing in Maleisië niet bekend is. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en verklaard dat verwijzing door een General Practitioner kon plaatsvinden. Een patiënt die zelf kiest voor zorg in een private instelling kan daar ook zonder verwijzing terecht. De commissie oordeelt dat verzoekster aldus aan de benodigde verwijzing vanuit de eerste lijn had kunnen komen.

Verzoekster heeft daarnaast aangevoerd dat er geen tijd was om een verwijzing te vragen. Dit argument overtuigt niet. Zoals hiervoor is geconcludeerd, was van spoedeisende zorg geen sprake. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de medisch specialistische zorg. Of verzoekster op (onderdelen van) deze zorg al dan niet redelijkerwijs was aangewezen, zoals bepaald in artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering, kan in dit verband in het midden blijven.

Geneesmiddelen

- 6.5. Tijdens het verblijf in Maleisië heeft verzoekster een aantal geneesmiddelen afgeleverd gekregen door een tweetal apotheken. Het gaat hierbij om rosuvastatine, monuril, betahistine, monolukast, symbicort, Seleck2® Complex, Engerix-B vaccin en vitamine D. Op basis van artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat onder voorwaarden aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.8 Bzv in samenhang met de artikelen 2.5, 2.32 en 2.39 e.v. Rzv.

Rosuvastatine is in verschillende varianten opgenomen in Bijlage 1 Rzv en komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Hierbij geldt op basis van het GVS een maximale vergoeding, afhankelijk van de sterkte, vorm en fabrikant.

Voor monuril granulaat geldt hetzelfde. Betahistine valt ook onder de dekking van de zorgverzekering. Het geneesmiddel wordt geleverd in verschillende sterktes, door verschillende fabrikanten, en waarvoor onderscheiden vergoedingslimieten van toepassing zijn. Idem voor monolukast, een geneesmiddel dat in diverse sterktes en vormen op de markt wordt gebracht door een aantal fabrikanten en waarvoor verschillende vergoedingslimieten van toepassing zijn. Ook symbicort valt in verschillende vormen en sterktes, geleverd door een aantal fabrikanten, onder de dekking van de zorgverzekering.

De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de vijf, hiervoor besproken geneesmiddelen heeft toegezegd. Verzoekster heeft de hoogte van de vergoeding niet gemotiveerd bestreden. Voor zover kosten van voornoemde geneesmiddelen voor haar rekening zijn gebleven neemt de commissie als vaststaand aan dat dit conform het GVS is.

- 6.6. Voor Seleck2® Complex heeft de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verleend. De commissie overweegt dat dit product calcium, vitamine D3 en vitamine K2 bevat. Het kwalificeert als supplement, waarvoor geen dekking bestaat onder de zorgverzekering. Tevens is vergoeding van Engerix-B vaccin door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Dit geneesmiddel valt onder de dekking van de zorgverzekering, maar hieraan zijn in Bijlage 2 Rzv voorwaarden verbonden, en deze luiden als volgt:
- Hepatitis vaccins a. Hepatitis A-vaccin Voorwaarde: uitsluitend voor een verzekerde: 1. die lijdt aan een chronische hepatitis B-infectie, 2. met een chronische hepatitis C-infectie, of 3. met een niet-virale chronische leverziekte, en die daarbij een verhoogde kans op een hepatitis A-infectie heeft, tenzij de verhoogde kans op besmetting een gevolg is van reizen, beroepsuitoefening of een epidemie. b. Hepatitis B-vaccin Voorwaarde: uitsluitend voor een verzekerde: 1. die is aangewezen of op afzienbare termijn aangewezen kan zijn op het regelmatig gebruiken van bloed- of bloedproducten of op dialyse, 2. met het syndroom van Down of met een daarmee vergelijkbare

ernstige chromosomale afwijking en voor zover dit gepaard gaat met een verstoorde afweerfunctie, 3. die partner, gezinslid of huisgenoot is van iemand die HBsAg positief is, 4. die anders dan in beroepsuitoefening in een dagverblijf, in een tehuis, op een school voor verstandelijk gehandicapten dan wel een sociale werkplaats, blijkens een risicoanalyse van de gemeentelijk gezondheidsdienst, een verhoogde kans op besmetting heeft, of 5. die lijdt aan een chronische leverziekte. c. Hepatitis A en B combinatievaccin Voorwaarde: uitsluitend voor een verzekerde die zowel voldoet aan een van de voorwaarden voor hepatitis A-vaccin als aan een van de voorwaarden voor hepatitis B-vaccin.

Gesteld noch gebleken is dat verzoekster voldoet aan deze voorwaarden, zodat vergoeding van het geneesmiddel terecht werd geweigerd.

Verder zijn door verzoekster kosten van vitamine D gedeclareerd. Dit betreft een supplement waarvoor onder de zorgverzekering geen dekking bestaat.

Bij de stukken is ook een nota aanwezig van Watsons Pharmacy voor Panadol ActiFast. Dit geneesmiddel met de werkzame stof paracetamol behoort tot de zelfzorggeneesmiddelen die niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

Tandheelkundige zorg

- 6.7. Op grond van artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op mondzorg. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder gaat het hierbij om bijzondere orthodontie, bijzondere tandheelkunde, het kunstgebit, het klikgebit op implantaten, en kaakchirurgie. Genoemde bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv.

In het geval van verzoekster betreft het reguliere tandheelkundige zorg, bestaande uit het maken van een OPG, “scaling and polishing” en het aanbrengen van twee composietvullingen. Hiervoor bestaat onder de zorgverzekering geen dekking. Vergoeding van de nota’s van Penang Dental Surgery en Family Dental ten laste van deze verzekering werd dan ook terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg, zoals blijkt uit het kopje ‘Tandheelkunde’. Hieronder vallen onder andere consulten, (composiet)vullingen en röntgenfoto’s. In de Algemene Voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn definities van zorgaanbieders opgenomen, waaronder van ‘Tandarts’. Hierbij is nadrukkelijk bepaald dat de zorgverlener moet zijn gevestigd in Nederland. In artikel 4 lid 6 van de Algemene Voorwaarden wordt geëxpliciteerd dat de verzekering alleen dekking biedt voor zorg in Nederland, tenzij in de verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

Onder het kopje ‘Buitenland’ is vermeld dat aanspraak bestaat op “*Spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van uw prothese en/of noodrestitutie)*”. Verzoekster heeft gesteld dat bij haar, kort na aankomst in Maleisië een tand is afgebroken. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de tandheelkundige zorg verband hield met bestaande problematiek, althans een daaruit voortvloeiende behandel noodzaak.

- 6.9. De commissie stelt vast dat in de nota van Penang Dental Surgery van 24 december 2024 is vermeld: “*This above-mentioned patient came to my clinic on 20/12/24 with complaint of inflammation and pain on a broken tooth at upper right side since days ago. I have carried out the following treatments for her: Scaling polishing (....) OPG X ray (....)*”. Vanuit Penang Dental Surgery is verzoekster op 20 december 2024 verwezen naar een behandelaar van Family Dental. Voor zover uit de verwijzing valt op te maken, voor behandeling van de elementen 14, 15, 16, 26 en mogelijk 37, onder CA, waaruit de commissie opmaakt complete verdoving. Uit de nota van Family Dental blijkt dat de elementen 12 en 36 zijn behandeld met composiet.

Van een spoedeisende behandeling, zoals een noodrestauratie blijkt hieruit niet. Gelet op het tijdsverloop sinds de start van het verblijf in Maleisië (10 december 2024) en het aantal elementen dat hiervoor is genoemd, gaat het hier niet om de behandeling van één afgebroken tand, maar grotendeels om uitgestelde zorg, zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd. Onder de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat daarvoor geen dekking.

6.10. Verzoekster heeft gewezen op de maandelijkse premie die zij betaalt en haar verzekeringsverleden van 35 jaar bij de ziektekostenverzekeraar. Haars inziens zou dit een rol moeten spelen bij de beoordeling, evenals de redelijkheid en billijkheid.

De commissie merkt op dat premiehoogte en verzekeringsduur niet leiden tot meer uitgebreide aanspraken in afwijking van de verzekeringsovereenkomst. Op grond van artikel 6:248, tweede lid, BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing voor zover dit onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Waar het de zorgverzekering betreft moet worden vastgesteld dat de eis van een voorafgaande verwijzing, de opname van geneesmiddelen op de Bijlages 1 en 2, en de beperkte dekking voor reguliere tandheelkundige hulp, zeker voor personen van 18 jaar en ouder, zijn terug te voeren op door de wetgever gemaakte keuzes. Zoals blijkt uit het zogenoemde Bosentan-arrest van de Hoge Raad is afwijking hiervan dan niet snel aan de orde. Aan de in dit verband geformuleerde criteria wordt in de situatie van verzoekster niet voldaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering is het uitgangspunt nadrukkelijk dat deze dekking biedt in Nederland, en slechts bij uitzondering als de zorg in het buitenland wordt genoten. Niet valt in te zien waarom de beperking tot spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland zou moeten worden losgelaten, nu hiervoor is geconcludeerd dat het uitgestelde zorg betreft, die ook in Nederland had kunnen plaatsvinden, en het dus een keuze van verzoekster zelf was deze in Maleisië te ondergaan.

Slotsom

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken,

bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.

4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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 vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, 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.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het

aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden

regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

Artikel 2.32

1. De eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bedraagt de kosten van dat geneesmiddel, voor zover de toepasselijke vergoedingslimiet, omgerekend naar de desbetreffende hoeveelheid, lager is dan de inkoopprijs die vermeld staat in de Taxe, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting.

2. In de jaren 2019 tot en met 2026 is de verzekerde voor geneesmiddelen als bedoeld in het eerste lid niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen per kalenderjaar verschuldigd.
3. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt voor die overeenkomst het bedrag, bedoeld in het tweede lid, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
4. Het op grond van het derde lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Artikel 2.39

Bij de aanwijzing op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering en bij de toepassing van deze paragraaf wordt uitsluitend acht geslagen op:

- a. het registerdossier,
- b. de publicaties onder auspiciën van de World Health Organization over de Defined Daily Dose en de Anatomical Therapeutical Chemical Classification,
- c. de in medisch-farmaceutische kringen gebruikelijke farmacologische en farmacotherapeutische handboeken,
- d. publicaties in tijdschriften die in medisch-farmaceutische kringen als betrouwbare bronnen voor geneesmiddeleninformatie gelden,
- e. gegevens afkomstig van farmaco-economisch onderzoek, en
- f. andere gegevens en bescheiden als bedoeld in artikel 42 van de Geneesmiddelenwet.

REGIEBEHANDELAAR (GGZ)

Een indicerende of coördinerende zorgaanbieder die binnen de curatieve GGZ de regie voert over het zorgproces overeenkomstig het meest recente Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Regiebehandelaren zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd die afhankelijk is van de complexiteit van de te leveren zorg conform in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

REGIEBEHANDELAAR (GZSP)

De specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, psychiater, GZ-psycholoog, orthopedagoog-specialist, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut die de regie voert over uw behandeling GZSP.

REVALIDATIE-INSTELLING

Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

SOS INTERNATIONAL

Alarmcentrale die u kan helpen als u medische problemen krijgt tijdens (tijdelijk) verblijf in het buitenland. In het geval van een ziekenhuisopname in het buitenland moet u daarvan binnen 48 uur een melding maken bij SOS International.

SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het register van de KNMG.

SPOEDEISENDE ZORG

Dringende en ongeplande medische en verpleegkundige zorg aan patiënten met acute aandoeningen of verwondingen.

SPORTARTS

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als sportarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

TANDARTS

Een zorgaanbieder die als tandarts is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

TANDPROTHETICUS

Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

TROMBOSEDIENST

Organisatie die regelmatig het stollingsvermogen controleert van het bloed om stolling van het bloed tegen te gaan.

VALRISICOBEOORDELING

Een gestructureerde vragenlijst waarmee alle relevante factoren worden nagegaan die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico. De valrisicobeoordeling resulteert in een individueel advies waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen.

VALPREVENTIEVE BEWEEGINTERVENTIE

Een individuele beweeginterventie voor verzekerden met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut.

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 **INHOUD EN OMVANG VAN ZORG**

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 3 **Werkgebied**

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

Artikel 4 **Begin van de zorgverzekering**

LID 1 **DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2024.

LID 2 **ALTERNATIEVE INGANGSDATUM**

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 **VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT**

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

LID 1 GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder (gecontracteerde zorg) (zie lid 2 van dit artikel); of
- b. zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3 van dit artikel).

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt dan (vaak) door de zorgaanbieder bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de [Zorgzoeker](#) op onze website.

LID 3 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief geldt.

Wettelijk maximumtarief

Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van: huisartsenzorg, geboortezorg, curatieve GGZ, mond-zorg, trombosedienst, voetzorg, medisch specialistische revalidatie, Verpleging en Verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen, gecombineerde leefstijlinterventie voor jeugd inclusief de centrale zorgverlener (als onderdeel van de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas), valrisico-beoordeling en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Vrije tarieven

Als er geen wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding

Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

De kosten van zorg kunnen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij ons worden gedeclareerd of door u bij ons worden gedeclareerd.

De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons

Wij hebben met veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons kunnen declareren. Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het geldende tarief. Soms is daarop een eigen bijdrage of eigen risico van toepassing.

U ontvangt in dat geval van ons een bericht met het verzoek om het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

De zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons

Soms stuurt de zorgaanbieder de nota direct naar u. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op drie manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW-app, via de MijnDSW omgeving op onze website en per post.

MijnDSW-app

Met de MijnDSW-app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnDSW-app downloaden in de App Store en via Google Play.

MijnDSW omgeving op de website

MijnDSW, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

Per post

Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuurt u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnDSW omgeving. U kunt het formulier ook ophalen bij een loket of aanvragen bij de klantenservice. De klantenservice is telefonisch bereikbaar op 010 - 2 466 466.

Wij behouden ons hierbij het recht voor originele nota's op te vragen. U dient originele nota's daarom voor een termijn van 24 maanden te bewaren.

LID 5 **EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG**

Gegevens op de nota

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Vertaling nota's

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Akte van cessie en verrekening

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk, zie ook lid 3 van dit artikel.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, overdragen op de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder door middel van een akte van cessie. De bij ons ingediende nota vergoeden wij vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder met inachtneming van artikel 15, lid 3 van deze polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat een deel van de nota niet door ons wordt vergoed en dat u het verschil tussen het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag en het bedrag dat DSW aan de zorgaanbieder heeft uitbetaald, zelf aan de zorgaanbieder moet betalen.

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of u heeft recht op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan komt het aldus ontstane verschil voor uw rekening.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie of openstaande terug te vorderen bedragen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 **WACHTLIJSTADVIES**

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

LID 7 TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACTIGING)

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf van ons toestemming voor heeft gekregen (een machtiging). Als er een toestemmingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanspraak (artikel 16 tot en met artikel 43) vermeld. Daarbij staat ook welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

- a. een verwijzing of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- b. het behandelplan waarin de aangevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
- c. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een door een buitenlandse zorgaanbieder opgestelde aanvraag en eventueel bijbehorende informatie te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Alleen nadat u van ons een schriftelijke machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering voor de duur en voor maximaal het bedrag dat op de machtiging staat vermeld. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 13 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

LID 8 SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACTIGINGSVEREISTE

In het geval van spoedeisende zorg handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

LID 9 EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE

Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. Hiervan is uitgezonderd zorgverlening op grond van een persoonsgebonden budget bij persoonlijke verzorging en verpleging (zie daarover het Reglement Persoonsgebonden Budget VV). U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen.

LID 10 OMZETPLAFOND

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders hebben gesloten hebben wij afspraken gemaakt over onder andere de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarbij maken wij soms ook afspraken over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde "omzetplafond"). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe moet worden gehandeld bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u en/of de zorgaanbieder in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

- a. bij spoedeisende hulp;
- b. in het geval van crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- c. indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

LID 11 DOORLOPENDE ZAKEN BIJ VERANDERING ZORGVERZEKERAAR

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens de looptijd van de vorige zorgverzekering voor zorg die onder de basisverzekering valt een machtiging, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de einddatum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. Betreft het een machtiging voor langer dan één jaar of voor onbepaalde tijd dan hanteren wij een geldigheidsduur van één jaar na datum van afgifte. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

LID 12 MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN

Uitsluitend door ons aan u gedane schriftelijke mededelingen zijn geldig. U kunt geen rechten ontleen aan door onze medewerkers aan u gegeven mondelinge uitleg. Ook kunt u geen rechten ontleen aan toelichtingen of uitleg van algemene aard.

LID 13 GELDIGHEIDSDUUR

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een machtiging verplicht is geldt dat de machtiging niet ouder mag zijn dan 365 dagen tenzij wij uitdrukkelijk anders hebben vermeld.

LID 14 BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN

Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.

LID 15 VERGOEDING VAN EEN BEHANDELING DIE IN TWEE KALENDERJAREN PLAATSVINDT

Als uw behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en uw zorgaanbieder de kosten van deze behandeling in één bedrag in rekening brengt (bijvoorbeeld door middel van een DBC), dan worden de kosten van de behandeling toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. Dit betekent ook dat de kosten meetellen voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum), zie ook artikel 9 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 16 TERUGGAVE VAN ORIGINELE NOTA'S

Wij geven door u ingestuurde nota's, bijlagen en stukken niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed heeft gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of als u niets vergoed heeft gekregen. Het is daarom verstandig als u vooraf een kopie maakt van de nota voor uw eigen administratie. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een afdruk van uw gescande nota met een stempel waaruit blijkt dat deze afdruk identiek is aan de originele nota.

Artikel 16 Huisartsenzorg

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in het kader van ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is zolang wordt voldaan aan artikel 38 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor zorg die niet spoedeisend is en wordt uitgevoerd door een andere arts dan de huisarts waar u staat ingeschreven (of zijn waarnemer), heeft u een verwijzing nodig van de huisarts waar u staat ingeschreven.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17a Verpleging en verzorging zonder verblijf (Wijkverpleging)

LID 1 VERPLEGING EN VERZORGING

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij de zorg niet tot medisch specialistische zorg behoort, er geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen zowel onder medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts als van de medisch specialist, instructie, signalering van gezondheidsrisico's en persoonlijke verzorging. Binnen de aanspraak Verpleging en Verzorging stellen wij specifieke voorwaarden bij zorg aan kinderen met een medische zorgvraag, Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Case-management. In lid 2 tot en met lid 4 van dit artikel vindt u meer informatie over deze zorgvormen.

LID 1.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 5 of 6.

Indien u het niet eens bent met de gestelde indicatie, bestaat de mogelijkheid tot het vragen van een second opinion. Voor deze second opinion moet u vooraf toestemming van ons hebben gekregen. Ook wij kunnen een second opinion aanvragen, wanneer wij twijfelen aan de gestelde indicatie.

Verwijzing

Als de zorg wordt geleverd onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist is een verwijzing van de medisch specialist nodig.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige (met minimaal deskundigheidsniveau 5) worden vastgelegd in een zorgplan.

Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Door ondertekening van het zorgplan stemt u hiermee in. Wij behouden ons het recht voor om ter controle het zorgplan op te vragen.

Voor het verlenen van zorg onder de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist dient de betrokkenheid van de medisch specialist geborgd te worden. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het patiëntendossier.

Zorgaanbieder

De zorg wordt geleverd door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBO-bachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Facturatie

De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 2 ZORG AAN KINDEREN MET EEN MEDISCHE ZORGVRAAG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij in geval van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag, de persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de zorg samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een kinderverpleegkundige.

Verwijzing

Er is een verwijzing nodig van de kinderarts.

Machtiging

Voor onderstaande vormen van zorg binnen de Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. verblijf in het kader van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag;
- b. verpleegkundige dagopvang in het kader van Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag aangewezen op Verpleging en Verzorging.

Verpleegkundige dagopvang en verblijf komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als een verzekerde die vanwege Zorg bij kinderen met een medische zorgvraag is aangewezen op Verpleging en Verzorging en waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Indien een machtiging door ons wordt afgegeven, geldt dat verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Zorg aan kinderen met een medische zorgvraag niet op dezelfde dag voor dezelfde cliënt gedeclareerd mogen worden. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een kinderverpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan, waarbij gebruik wordt gemaakt van het Medisch Kind Systeem. In het Medisch Kind Systeem biedt de hulpbehoeftescan aan kind en ouders de mogelijkheid zelfstandig hun behoeften in kaart te brengen in alle vier de kinderleefdomeinen. Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg en voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een kinderverpleegkundige onder directe verantwoordelijkheid van een (kinder)arts.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Facturatie

De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 3 PALLIATIEF TERMINALE ZORG (PTZ)

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

U bent aangewezen op palliatieve terminale zorg (PTZ) als door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling, en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen zowel onder medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts als van de medisch specialist, instructie, signalering van gezondheidsrisico's en persoonlijke verzorging.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 5.

Verwijzing

Er dient op navraag aangetoond te kunnen worden dat de zorgaanbieder met de behandelend arts heeft gesproken over de levensverwachting en de zorgvraag die daaruit voortvloeit.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan omvat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg, waarbij kan worden aangetoond dat gestreefd is naar inzet van mantelzorgers en vrijwilligers (VPTZ) voor het leveren van PTZ, waar mogelijk. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts en wordt verleend door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBO-bachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende (individuele gezondheidszorg) niveau 3.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden uitgevoerd mits de zorgverlener die de zorg verleent hiertoe bevoegd en bekwaam is. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwaame zorgaanbieder.

De inzet van stagiaires als volwaardige zorgverlener op het functieniveau waarvoor zij in opleiding zijn, is niet declarabel.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Facturatie

De zorg dient gefactureerd te worden door de organisatie die de zorg daadwerkelijk verleent.

LID 4 CASEMANAGEMENT DEMENTIE

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Casemanagement dementie valt onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Een verzekerde moet er redelijkerwijze op zijn aangewezen.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Van Casemanagement dementie is slechts sprake als de zorgbehoefte van de verzekerde complex is en voor zover reguliere afstemming tussen betrokken zorgverleners niet afdoende is om de complexe situatie het hoofd te kunnen bieden. Het is aan de wijkverpleegkundige om te oordelen of de noodzakelijke coördinatie de eigen expertise overstijgt, waardoor een casemanager ingezet moet worden.

Indien de situatie complex en instabiel is kan het tijdelijk nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren middels casemanagement dementie, totdat weer kan worden teruggevallen op coördinatie en afstemming als onderdeel van reguliere zorgverlening. Het gaat dan vooral om intensieve zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden.

De inzet van casemanagement moet proportioneel zijn ten opzichte van de problematiek die het oplost. Zolang met onderlinge afstemming een stabiele situatie is te realiseren, is geen sprake van casemanagement dementie, maar van normale samenwerking tussen zorgaanbieders. Van elke zorgaanbieder mag in de reguliere zorgverlening worden verwacht dat de nodige inspanning wordt geleverd om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, alsmede de deelname aan cliëntoverleg.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan.

Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan en dit te ondertekenen.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of ZBC (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist (waaronder de sportarts, kaakchirurg en psychiater), specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts, arts voor verstandelijk gehandicapten, physici-an assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch-specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:

- a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
- b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
- c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
- d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
- e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
- f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
- g. Klinisch fysisch audioloog naar de KNO-arts;
- h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
- i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
- j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
- k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltaspleten;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die pl egen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 TRANSGENDERZORG

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatrie en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem

Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen

De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:

- a. Epilatie van borst en ledematen;
- b. Contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. Uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. Psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 4.1 onder d van dit artikel.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek, begeleiding en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Machtiging

U moet voor de plastisch-chirurgische uiterlijke correcties, de epilatie, de aangezichtschirurgie, de adams-appelreductie, stemverhogende operatie en plaatsen borstprothesen van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist of huidtherapeut de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

- a. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- b. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
- c. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging 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.

De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel, tenzij er sprake is van een gonadotoxische behandeling;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
- e. Kunstmatige inseminatie met donorzaad bij een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
 - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
 - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder cranio-synostose;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in de bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen (hiervoor kan wel een vergoeding mogelijk zijn via de aanspraak op hulpmiddelen, zie daarvoor artikel 35 van deze polisvoorwaarden of het Reglement Hulpmiddelen).

LID 4.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst toestemming worden gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- b. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- c. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- d. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen;
- e. het verwijderen van een eerder geplaatst implantaat;
- f. een autotransplantaat.

Wanneer het bij een behandeltraject nodig is om meerdere behandelaars in te zetten, wordt voor elk afzonderlijk onderdeel een onderbouwing gegeven door de verantwoordelijke behandelaar. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient met die onderbouwingen en een zorgplan een aanvraag voor toestemming in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

Zorgaanbieder

De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

LID 4.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 34 Farmacie

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

LID 2 ALGEMENE INFORMATIE

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot farmaceutische zorg en geneesmiddelen een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 2.4 EXTRA VOORWAARDEN

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website.

LID 2.5 MERKGENEESMIDDELEN

Er zijn diverse merken en varianten beschikbaar van onderling uitwisselbare geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm of vergelijkbare toedieningsvorm (cluster). Of een geneesmiddel binnen een bepaald cluster voor vergoeding in aanmerking komt, hangt af van de vraag of het door ons is aangewezen. Binnen een aantal clusters hebben wij één of meerdere geneesmiddelen aangewezen die wij vergoeden; in andere clusters zijn alle geneesmiddelen aangewezen.

Deze keuze hebben wij zodanig gemaakt dat van de desbetreffende werkzame stoffen ten minste één geneesmiddel beschikbaar is. Op onze website kunt u teruglezen welke geneesmiddelen wij hebben aangewezen.

Als wij één of meerdere geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, komen alleen die geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking tot aan het wettelijk maximumtarief; de andere geneesmiddelen binnen dat cluster komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Als wij alle geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, zal uw apotheker bij de aflevering van een geneesmiddel aan u een doelmatige keuze maken. Als u, zonder dat daar een aantoonbare medische noodzaak voor bestaat, er zelf voor kiest om toch een ander geneesmiddel te ontvangen, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel aan de apotheek betalen. U kunt vervolgens een verzoek om vergoeding bij ons indienen.

LID 3 FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel. Zie daartoe ook artikel 4 van het Reglement Farmacie.

LID 3.2 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheehoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ALGEMENE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN*Voorschrift*

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts.

LID 4.1 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geneesmiddelen tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden de geregistreeerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om geregistreeerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

LID 5.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreeerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- f. vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreeerde vitamines;
- i. geneesmiddelen en inenting die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

LID 6 ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 6.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Onder strikte voorwaarden (zie lid 6.2 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende groepen:

- a. laxeremiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. geneesmiddelen bij allergie;
- c. geneesmiddelen tegen diarree;
- d. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- e. kunsttranen.

LID 6.2 VOORWAARDEN

Algemeen

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

Machtiging

De in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden en is er een machtiging nodig, zie ook lid 2.4 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

LID 6.3 UITSLUITINGEN

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

LID 7 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT

LID 7.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationele farmacotherapie gaat.

LID 7.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

Machtiging

Voor sommige vormen van rationele farmacotherapie is een machtiging nodig. Zie daartoe het Reglement Farmacie. Zie voor meer informatie over machtigingen ook artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

LID 7.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

LID 8 NIET (IN NEDERLAND) GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN

LID 8.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden:

- a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht;
- c. geneesmiddelen die niet in Nederland geregistreerd zijn, maar dienen ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning.

LID 8.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationale farmacotherapie. In het Reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationale farmacotherapie is.

LID 9 DIEETPREPARATEN

LID 9.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden onder bepaalde voorwaarden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

LID 9.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast is uitsluitend vergoeding mogelijk wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Tevens heeft u:

- a. een stofwisselingsstoornis; of
- b. een voedselallergie; of
- c. een resorptiestoornis; of
- d. een ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
- e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.

Artikel 4 Aanvang van de Verzekering; recht op vergoeding

- LID 1** Als de aanmelding voor de Verzekering gelijktijdig plaatsvindt met de aanmelding voor een Zorgverzekering bij de Zorgverzekeraar, is de ingangsdatum van de Verzekering gelijk aan de ingangsdatum van de Zorgverzekering.
- LID 2** Als de Verzekering later wordt aangegaan dan de Zorgverzekering, gaat de verzekering in op 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanmelding door Verzekeringnemer.
- LID 3** Het Vergoedingenoverzicht Aanvullende verzekering(en) geeft aan onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding of uitkering op grond van de Verzekering. Dit document maakt integraal onderdeel uit van de Verzekering en is te raadplegen via www.intwente.nl. De vergoeding uit de Verzekering wordt jaarlijks door de directie van de Verzekeraar vastgesteld en bekendgemaakt.
- LID 4** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks bij ons is ingediend door een gecontracteerde zorgverlener, zal bij betaling aan die zorgverlener bevrijdend zijn betaald, en daarmee vervalt het recht van de Verzekerde op vergoeding.
- LID 5** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks door de Verzekerde of de Verzekeringnemer bij ons is ingediend, vindt betaling van een vergoeding uitsluitend plaats aan de Verzekeringnemer.
- LID 6** Tenzij anders vermeld, is de Verzekering alleen geldig in Nederland. Indien in de Algemene Voorwaarden of vergoedingenoverzichten wordt gesproken over dekking binnen Europa wordt onder Europa tevens bedoeld de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira, Algerije, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Marokko, Syrië, Tunesië en Turkije. Indien in de Algemene Voorwaarden wordt gesproken over dekking buiten Europa, worden alle overige landen in de wereld bedoeld.

REGIEBEHANDELAAR (GGZ)

Een indicerende of coördinerende zorgaanbieder die binnen de curatieve GGZ de regie voert over het zorgproces overeenkomstig het meest recente Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Regiebehandelaren zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd die afhankelijk is van de complexiteit van de te leveren zorg conform in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

REGIEBEHANDELAAR (GZSP)

De specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, psychiater, GZ-psycholoog, orthopedagoog-specialist, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut die de regie voert over uw behandeling GZSP.

REVALIDATIE-INSTELLING

Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

SOS INTERNATIONAL

Alarmcentrale die u kan helpen als u medische problemen krijgt tijdens (tijdelijk) verblijf in het buitenland. In het geval van een ziekenhuisopname in het buitenland moet u daarvan binnen 48 uur een melding maken bij SOS International.

SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het register van de KNMG.

SPOEDEISENDE ZORG

Dringende en ongeplande medische en verpleegkundige zorg aan patiënten met acute aandoeningen of verwondingen.

SPORTARTS

Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als sportarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

TANDARTS

Een zorgaanbieder die als tandarts is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

TANDPROTHETICUS

Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

TROMBOSEDIENST

Organisatie die regelmatig het stollingsvermogen controleert van het bloed om stolling van het bloed tegen te gaan.

VALRISICOBEOORDELING

Een gestructureerde vragenlijst waarmee alle relevante factoren worden nagegaan die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico. De valrisicobeoordeling resulteert in een individueel advies waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen.

VALPREVENTIEVE BEWEEGINTERVENTIE

Een individuele beweeginterventie voor verzekerden met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut.

ZORGVERZEKERINGSWET

In de Zorgverzekeringswet en bijbehorende regelgeving is door de overheid vastgelegd wat de inhoud van de basisverzekering is. Elke zorgverzekeraar moet zich hier aan houden. De zorg die onder de basisverzekering valt is dan ook voor iedereen in Nederland gelijk.

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Uw zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze polisvoorwaarden en de wet- en regelgeving, gaat de wet- en regelgeving voor op deze polisvoorwaarden.

Wij leggen uw zorgverzekering vast in de polis en stellen deze jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 UITLEG POLISVOORWAARDEN

Wij hebben de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk geformuleerd. Als er toch meningsverschillen ontstaan over de uitleg, is de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE ZORGPAS

Op vertoon van deze pas via de MijnDSW app kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op deze pas vindt u ook de EHIC (zie ook de Inleiding). U kunt ook een fysieke pas bij ons aanvragen.

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”). Wij maken met zoveel mogelijk zorgaanbieders afspraken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor zorg. De zorgaanbieders waarmee wij afspraken maken zijn de ‘gecontracteerde zorgaanbieders’. Door het maken van afspraken dragen wij bij aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In deze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen een onderscheid tussen zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u zelf de nota aan uw zorgaanbieder betalen en vergoeden wij - nadat u de nota bij ons heeft gedeclareerd - vervolgens aan u de door ons vastgestelde vergoeding. Deze vergoeding is net iets lager dan het tarief dat wij met vergelijkbare gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

LID 5 **INHOUD EN OMVANG VAN ZORG**

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 **MET WELKE ZORGAANBIEDERS HEBBEN WIJ EEN CONTRACT?**

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

Artikel 3 **Werkgebied**

Wij kunnen een zorgverzekering sluiten met of voor verzekeringsplichtigen die in Nederland wonen en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen

Artikel 4 **Begin van de zorgverzekering**

LID 1 **DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2025.

LID 2 **ALTERNATIEVE INGANGSDATUM**

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

LID 1 GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder (gecontracteerde zorg) (zie lid 2 van dit artikel); of
- b. zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3 van dit artikel).

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt dan (vaak) door de zorgaanbieder bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de [Zorgzoeker](#) op onze website.

LID 3 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief geldt.

Wettelijk maximumtarief

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt voor een aantal vormen van zorg maximumtarieven vast. Dit noemen wij de wettelijke maximumtarieven (of Wmg-tarieven). In artikel 16 tot en met 43 is per vorm van zorg aangegeven of wij de zorg tot maximaal 100% van het wettelijk maximumtarief vergoeden of dat er een lagere vergoeding geldt. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Vrije tarieven

Als de Nederlandse Zorgautoriteit geen maximumtarief heeft vastgesteld voor een bepaalde vorm van zorg, spreken wij van 'vrije tarieven'. In het geval van vrije tarieven vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. In artikel 16 tot en met 43 staat per verstrekking vermeld hoe hoog de vergoeding is van vrije tarieven bij niet-gecontracteerde zorg. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Verzoek om heroverweging

Als u vindt dat de door ons vastgestelde vergoeding van niet-gecontracteerde zorg u belemmert bij het vinden van een geschikte zorgverlener, bijvoorbeeld omdat u de zorg niet kunt betalen, kunt u bij ons een verzoek om heroverweging indienen en vragen om een hogere vergoeding. U moet daarbij dan aangeven waarom de door ons vastgestelde vergoeding uw keuze voor een zorgverlener verhindert. Wij zullen dan een beslissing nemen waarbij wij de omstandigheden van de situatie zullen meewegen, zoals de hoogte van de kosten en de soort zorg. Zie voor het indienen van een verzoek om heroverweging ook artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding

Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

Kosten van zorg kunnen rechtstreeks door gecontracteerde zorgaanbieders bij ons worden gedeclareerd. Nota's van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u bij ons indienen. Wij betalen deze nota's dan aan u.

De gecontracteerde zorgaanbieder.

Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het met de zorgaanbieder afgesproken tarief. Soms is daarop een eigen bijdrage of eigen risico van toepassing.

U ontvangt in dat geval van ons een bericht met het verzoek om het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

De niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De niet-gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op drie manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW app, via de MijnDSW omgeving op www.dsw.nl en per post. U kunt deze vordering niet aan derden overdragen (cessie). Dit betekent dat wij de vergoeding waar u recht op heeft aan u overmaken op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. U kunt een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen. Dit noemen wij een cessieverbod en betreft een beding zoals bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

MijnDSW-app

Met de MijnDSW-app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnDSW-app downloaden in de App Store en via Google Play.

MijnDSW omgeving op de website

MijnDSW, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

Per post

Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuur u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnDSW omgeving. U kunt het formulier ook ophalen bij een loket of aanvragen bij de klantenservice. De klantenservice is telefonisch bereikbaar op 010 - 2 466 466.

Wij behouden ons hierbij het recht voor om originele nota's op te vragen. U dient originele nota's daarom voor een termijn van 24 maanden te bewaren.

LID 5 EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Gegevens op de nota

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Vertaling nota's

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Verrekening

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg.

Wij mogen de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie, eigen bijbetalingen of eigen risico, of openstaande vorderingen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 WACHTLIJSTADVIES

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

LID 7 TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACHTIGING)

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf van ons toestemming voor heeft gekregen (een machtiging). Als er een toestemmingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanspraak (artikel 16 tot en met artikel 43) vermeld. Daarbij staat ook welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

- a. een verwijzing of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- b. het behandelplan waarin de aangevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
- c. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een door een buitenlandse zorgaanbieder opgestelde aanvraag en eventueel bijbehorende informatie te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Alleen nadat u van ons een schriftelijke machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering voor de duur en voor maximaal het bedrag dat op de machtiging staat vermeld. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 13 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

LID 8 **SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACHTIGINGSVEREISTE**

In het geval van spoedeisende zorg handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

LID 9 **EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE**

Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. Hiervan is uitgezonderd zorgverlening op grond van een persoonsgebonden budget bij persoonlijke verzorging en verpleging (zie daarover het Reglement Persoonsgebonden Budget VV). U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen.

LID 10 **OMZETPLAFOND**

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders hebben gesloten hebben wij afspraken gemaakt over onder andere de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarbij maken wij soms ook afspraken over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde “omzetplafond”). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe moet worden gehandeld bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u te verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u en/of de zorgaanbieder in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

- a. bij spoedeisende hulp;
- b. in het geval van crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- c. indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

LID 11 **DOORLOPENDE ZAKEN BIJ VERANDERING ZORGVERZEKERAAR**

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens de looptijd van de vorige zorgverzekering voor zorg die onder de basisverzekering valt een machtiging, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de einddatum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

LID 12 **MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN**

Uitsluitend door ons aan u gedane schriftelijke mededelingen zijn geldig. U kunt geen rechten ontleen aan door onze medewerkers aan u gegeven mondelinge uitleg. Ook kunt u geen rechten ontleen aan toelichtingen of uitleg van algemene aard.

LID 13 **GELDIGHEIDSDUUR**

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een machtiging verplicht is, geldt dat de machtiging niet ouder mag zijn dan 365 dagen tenzij wij uitdrukkelijk anders hebben vermeld.

LID 14 **BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN**

Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.

LID 15 VERGOEDING VAN EEN BEHANDELING DIE IN TWEE KALENDERJAREN PLAATSVINDT

Als uw behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en uw zorgaanbieder de kosten van deze behandeling in één bedrag in rekening brengt (bijvoorbeeld door middel van een DBC), dan worden de kosten van de behandeling toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. Dit betekent ook dat de kosten meetellen voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum), zie ook artikel 9 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 16 TERUGGAVE VAN ORIGINELE NOTA'S

Wij geven door u ingestuurde nota's, bijlagen en stukken niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed heeft gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of als u niets vergoed heeft gekregen. Het is daarom verstandig als u vooraf een kopie maakt van de nota voor uw eigen administratie. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een afdruk van uw gescande nota met een stempel waaruit blijkt dat deze afdruk identiek is aan de originele nota.

Artikel 16 Huisartsenzorg

LID 1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en die in overeenstemming is met de door de NZa vastgestelde beleidsregels voor huisartsenzorg.

LID 2 VOORWAARDEN*Algemeen*

De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is zolang wordt voldaan aan artikel 38 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor zorg die niet spoedeisend is en wordt uitgevoerd door een andere arts dan de huisarts waar u staat ingeschreven (of zijn waarnemer), heeft u een verwijzing nodig van de huisarts waar u staat ingeschreven.

Specifieke vormen van huisartsenzorg

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden andere of extra voorwaarden. Het gaat hierbij om:

- a. Eerstelijnsverblijf (zie artikel 17b);
- b. Eerstelijnsdiagnostiek (zie artikel 21);
- c. Ketenzorg (zie artikel 22);
- d. Stoppen-met-Roken (zie artikel 39);
- e. Voetzorg (artikel 40);
- f. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (zie artikel 42).

Uitsluitingen

Indien u bent opgenomen in een Wlz-instelling op basis van verblijf met behandeling, wordt eventuele aan u te leveren huisartsenzorg gefinancierd door de Wlz-instelling en loopt dit niet via uw zorgverzekering.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17c Verblif op medische indicatie na CAR-T-celtherapie

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden verblijf na CAR-T-celtherapie. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 91,- per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over u kan houden.

Duur

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft u, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Onder de medisch- specialistische zorg onderscheiden we in deze polisvoorwaarden:

- a. medisch -specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- c. Transgenderzorg (zie lid 4).

Voor de volgende vormen van medisch -specialistische zorg gelden aanvullende voorwaarden:

- a. Medisch-specialistische Revalidatie (zie artikel 23);
- b. Mondzorg geleverd door een kaakchirurg (zie artikel 33);
- c. Curatieve GGZ (zie artikel 37);
- d. Sportgeneeskunde (zie artikel 41).

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch-specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:

- a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
- b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
- c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
- d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
- e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
- f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
- g. Klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts;
- h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
- i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
- j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
- k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door of onder supervisie van een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief. Voor kaakchirurgie gelden andere voorwaarden, zie hierover artikel 33 lid 4.3 van deze polisvoorwaarden.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;

- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 - 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 - 2. misvorming van het benig aangezicht;
 - 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 - 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 - 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 TRANSGENDERZORG

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN TRANSGENDERZORG

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatry en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem

Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen

De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:

- a. epilatie van borst en ledematen;
- b. contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 4.1 onder d van dit artikel.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek, begeleiding en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Machtiging

U moet voor de plastisch-chirurgische uiterlijke correcties, de epilatie, de aangezichtschirurgie, de adamsappelreductie, stemverhogende operatie en plaatsen borstprothesen van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist of huidtherapeut de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

- a. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- b. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
- c. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of daaropvolgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat er drie pogingen zijn geëindigd. Een poging telt mee indien er sprake is geweest van een geslaagde follikelpunctie. De terugplaatsing van bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een poging eindigt:

- Op het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, of
- indien de implantatie van de gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo-embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing van (overgebleven) cryo-embryo's na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel, tenzij er sprake is van een gonadotoxische behandeling;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
- e. vruchtbaarheidsbehandelingen met een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
 - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
 - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder cranio-synostose;
- i. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in de bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling.

Zorgaanbieder

De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

Uitsluitingen

Onder de vergoeding valt niet parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat. Dit geldt ook voor de zorg die daarmee samenhangt, zoals intake of verblijf in het ziekenhuis waar de behandeling wordt gegeven.

LID 4.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 34 Farmacie

LID 1.1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. geneesmiddelen (zie lid 2 tot en met 8 van dit artikel);
- b. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 4 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 5 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 6 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 7 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 8 van dit artikel).

LID 1.2 ALGEMENE VOORWAARDEN

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

LID 2 NADERE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot farmaceutische zorg en geneesmiddelen een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apothekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 2.4 EXTRA VOORWAARDEN

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website.

LID 2.5 UITWISSELBARE GENEESMIDDELEN

Er zijn diverse merken en varianten beschikbaar van onderling uitwisselbare geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm of vergelijkbare toedieningsvorm (cluster). Of een geneesmiddel binnen een bepaald cluster voor vergoeding in aanmerking komt, hangt af van de vraag of het door ons is aangewezen. Binnen een aantal clusters hebben wij één of meerdere geneesmiddelen aangewezen die wij vergoeden, daarop voeren wij dus een voorkeursbeleid.

De keuzes binnen het voorkeursbeleid hebben wij zodanig gemaakt dat van de desbetreffende werkzame stoffen ten minste één geneesmiddel beschikbaar is. Op onze website kunt u teruglezen welke geneesmiddelen wij hebben aangewezen.

Als wij één of meerdere geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, komen alleen die geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking tot aan het wettelijk maximumtarief; de andere geneesmiddelen binnen dat cluster komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Binnen de clusters waar DSW geen voorkeursbeleid voert zijn alle geneesmiddelen aangewezen. Bij die clusters zal uw apotheker bij aflevering een doelmatige keuze voor een geneesmiddel binnen dat cluster voorstellen.

LID 3 FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel. Zie daartoe ook artikel 4 van het Reglement Farmacie.

LID 3.2 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de geregistreerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

LID 4.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;

- f. vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- i. geneesmiddelen en inenting die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

LID 5 ZELFZORGGENEESMIDDELEN

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Onder strikte voorwaarden (zie lid 5.2 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende groepen:

- a. laxeremiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. geneesmiddelen bij allergie;
- c. geneesmiddelen tegen diarree;
- d. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- e. kunsttranen.

LID 5.2 VOORWAARDEN

Algemeen

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen. Het zelfzorggeneesmiddel wordt vergoed vanaf de 16e dag dat u het geneesmiddel gebruikt.

De in lid 5.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie ook lid 2.4 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd

LID 6 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT

LID 6.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationele farmacotherapie gaat.

LID 6.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

Machtiging

Voor sommige vormen van rationele farmacotherapie is een machtiging nodig. Zie daartoe het Reglement Farmacie. Zie voor meer informatie over machtigingen ook artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Uitsluitingen

Magistrale bereidingen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apothekerbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apothekerbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

LID 7 NIET (IN NEDERLAND) GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN

LID 7.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden:

- a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht;
- c. geneesmiddelen die niet in Nederland geregistreerd zijn, maar dienen ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning.

LID 7.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het Reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

LID 8 DIEETPREPARATEN

LID 8.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden onder bepaalde voorwaarden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

LID 8.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast is uitsluitend vergoeding mogelijk wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Tevens heeft u:

- a. een stofwisselingsstoornis; of
- b. een voedselallergie; of
- c. een resorptiestoornis; of
- d. een ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
- e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.

Artikel 35 Hulpmiddelenzorg

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen die de overheid heeft aangewezen. Niet alle (categorieën) hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de aangewezen hulpmiddelen verder beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

- a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
- d. de hulpmiddelen die in eigendom of bruikleen worden verstrekt;
- e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden en kunt u vinden op onze website.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

- a. Er moet zijn voldaan aan alle voorwaarden zoals genoemd in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.
- b. Voor vergoeding van verbandmiddelen moet er tevens sprake zijn van een ernstige aandoening, waarbij u op een langdurige behandeling met deze verbandmiddelen bent aangewezen, ook wel chronische wondzorg genoemd.

Machtiging

Voor welke hulpmiddelen u een machtiging moet aanvragen staat beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. Bij gecontracteerde leveranciers is het mogelijk dat zij, in samenspraak met u, de machtiging voor u bij ons aanvragen. Indien wij geen overeenkomst hebben met de leverancier, bent u zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van de machtiging. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing en voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing en/of voorschrift nodig is en wie deze afgeeft.

Eigen bijdrage

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage. Zie daartoe het Reglement Hulpmiddelen.

Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen.

Artikel 4 Aanvang van de Verzekering; recht op vergoeding

- LID 1** Als de aanmelding voor de Verzekering gelijktijdig plaatsvindt met de aanmelding voor een Zorgverzekering bij de Zorgverzekeraar, is de ingangsdatum van de Verzekering gelijk aan de ingangsdatum van de Zorgverzekering.
- LID 2** Als de Verzekering later wordt aangegaan dan de Zorgverzekering, gaat de verzekering in op 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanmelding door Verzekeringnemer.
- LID 3** Het Vergoedingenoverzicht Aanvullende verzekering(en) geeft aan onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding of uitkering op grond van de Verzekering. Dit document maakt integraal onderdeel uit van de Verzekering en is te raadplegen via www.DSW.nl.
- LID 4** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks bij ons is ingediend door een gecontracteerde zorgverlener, zal bij betaling aan die zorgverlener bevrijdend zijn betaald, en daarmee vervalt het recht van de Verzekerde op vergoeding.
- LID 5** Als een verzoek tot vergoeding of uitkering ten behoeve van de Verzekerde rechtstreeks door de Verzekerde of de Verzekeringnemer bij ons is ingediend, vindt betaling van een vergoeding uitsluitend plaats aan de Verzekeringnemer.
- LID 6** Tenzij anders vermeld, biedt de Verzekering alleen dekking voor zorg die in Nederland is verleend. Indien in de Algemene Voorwaarden of vergoedingenoverzichten wordt gesproken over dekking binnen Europa worden de EU-, EER- en verdragslanden bedoeld. De EU-staten (Europese Unie) zijn: België, Bulgarije, Zuid-Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten zijn alle EU-staten, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. verdrag is gesloten over sociale zekerheid met een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg. Dit zijn de landen, naast de EU-/EER-landen (zie voor de definitie ook in dit artikel), waar de EHIC of een 111-formulier geldig is. Op www.zorginstituut.nl vindt u een actueel overzicht van deze landen.