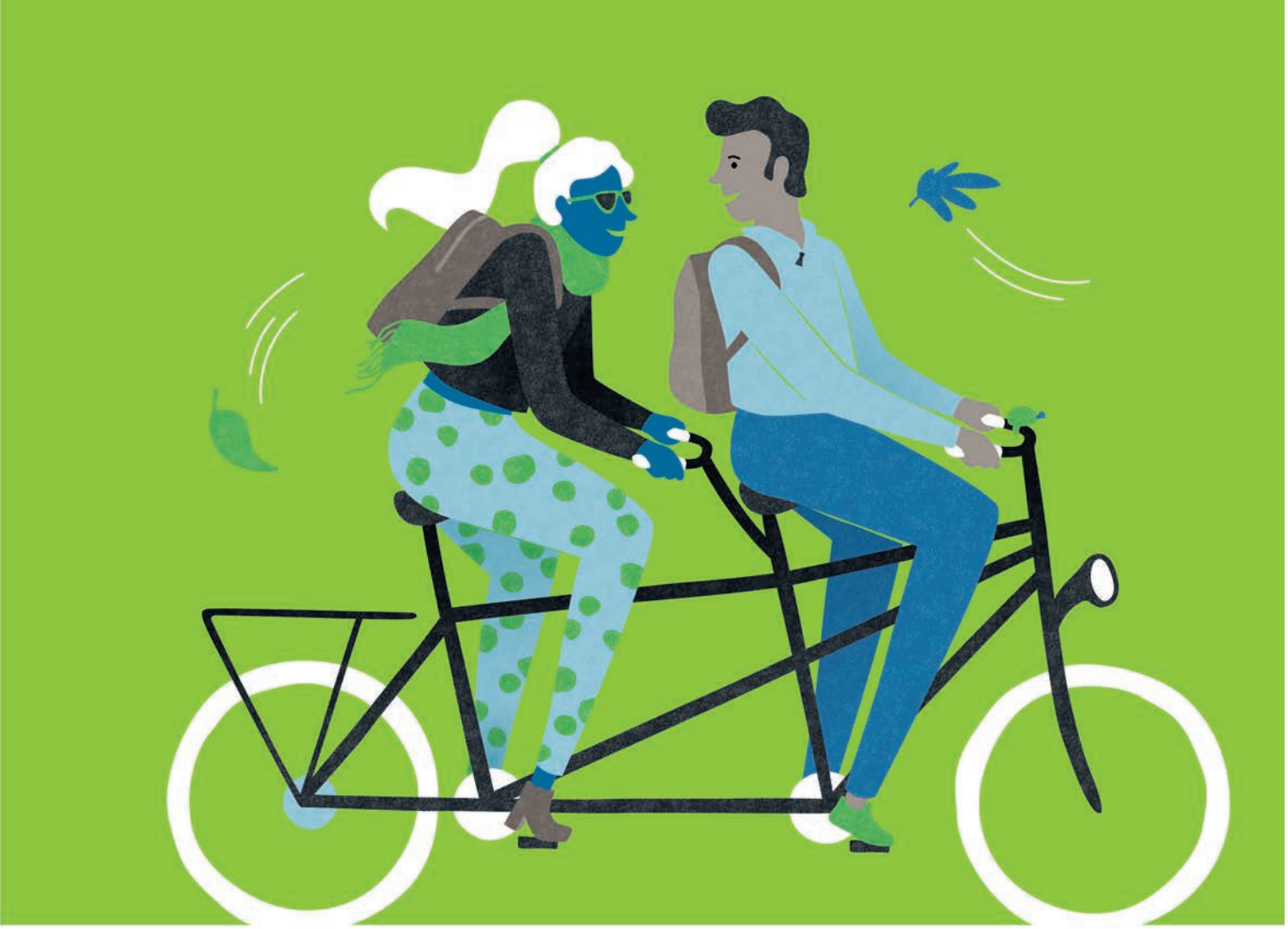


Polisvoorwaarden 2021

Zorg Zeker Polis

Gemeenten

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar



Polisvoorwaarden 2021
Vergoedingenoverzicht
Gemeenten

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

Vergoedingenoverzicht

Basisverzekering

Aanvullende verzekering

Vergoedingenoverzicht Gemeenten

Dit overzicht is een globale weergave van de vergoedingen in de basisverzekering en aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid. Per zorgvorm vindt u de prestaties waarop u aanspraak kunt maken met het bijbehorende artikel in de polisvoorwaarden. Voor het recht op verstrekkingen en vergoedingen gelden in een aantal gevallen specifieke voorwaarden. Bovendien gelden bij de Zorg Zeker Polis en aanvullende verzekeringen voor niet-gecontracteerde zorgverleners andere vergoedingen, deze kunt u vinden in de polisvoorwaarden. De zorgverleners waarmee wij een contract hebben, kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/gecontracteerd.**

Let op: Aan dit vergoedingenoverzicht kunnen geen rechten worden ontleend. Raadpleeg de polisvoorwaarden voor een volledig overzicht van alle voorwaarden en vergoedingen.

Deze brochure maakt onderdeel uit van 2 andere brochures, te weten de basisverzekering en aanvullende verzekeringen.
Let op: Zorg altijd dat u alle 3 de onderdelen bij de hand heeft om iets op te zoeken.

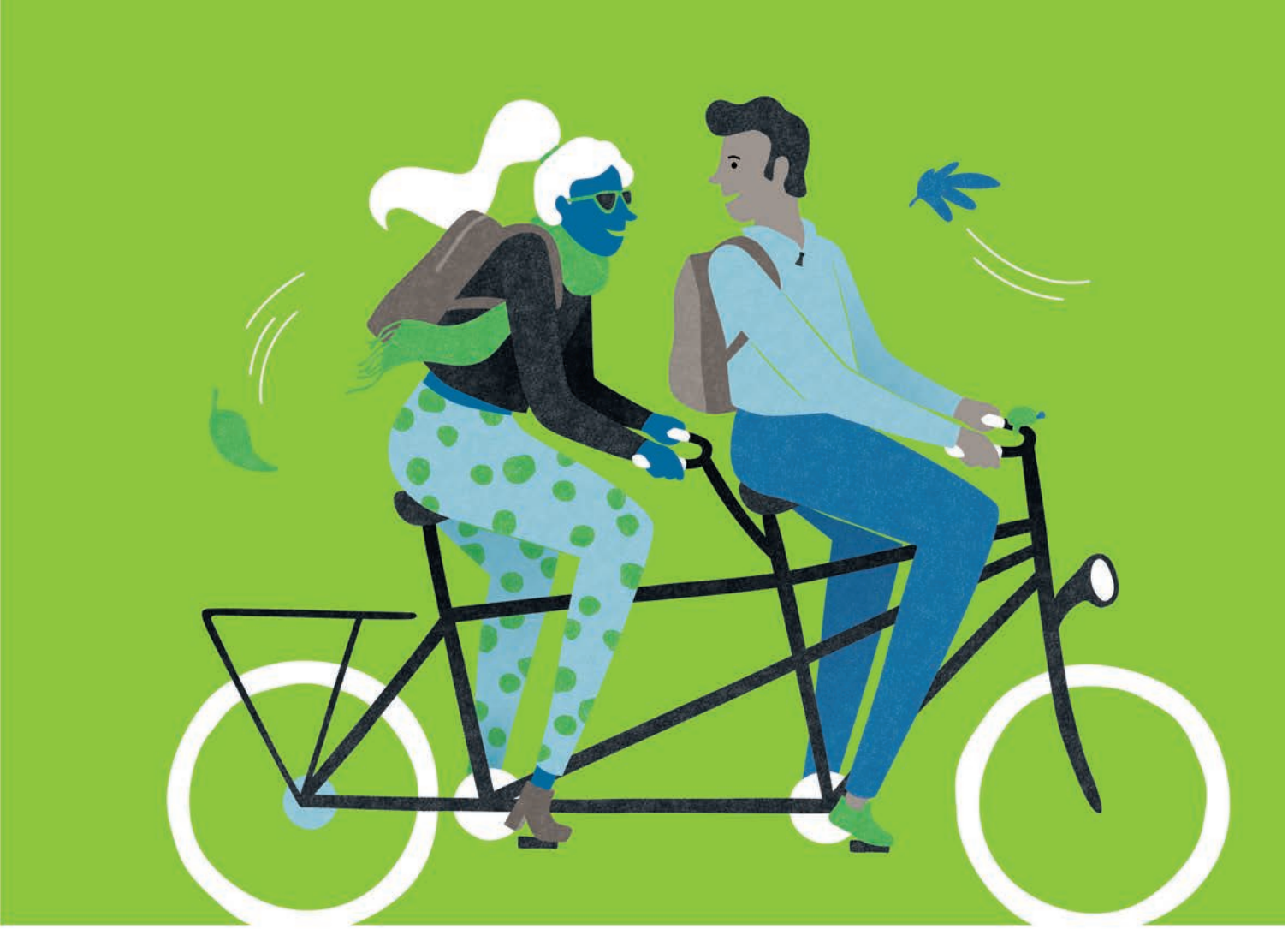
Vergoedingenoverzicht 2021	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-nummer	Gemeente-Standaard	Gemeente-Top	Artikel-nummer
Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen (maximum geldt voor alle vergoedingen samen)					
O.a. homeopathie, acupunctuur, antroposofie en chiropractie, halotherapie (maximale gezamenlijke vergoeding voor behandelingen en geneesmiddelen)	-		max. € 115,00 geneesmiddelen 100% binnen het maximum	max. € 500,00 max. € 40,00 per behandeling per dag geneesmiddelen 100% binnen het maximum	A1
Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur					
Brillen, contactlenzen en brilmontuur (per 3 kalenderjaren)	volgens Reglement Hulpmiddelen	B20	enkelvoudig 100% max. € 230,00, multifocaal max. € 470,00	enkelvoudig 100% max. € 230,00, multifocaal max. € 470,00	A2.1
Ooglaseren (eenmalig voor de duur van de verzekering)	-		-	max. € 200,00	A2.2
Buitenland					
Vaccinatie wegens verblijf in het buitenland (gecontracteerd)	-		-	75% max. € 100,00	A3.1
Vaccinatie wegens verblijf in het buitenland (niet-gecontracteerd)	-				
Niet-spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, zonder toestemming van Zorg en Zekerheid					
Geneeskundige kosten in Europa	max. 80%* en 100% Nederlands tarief voor de Zorg Zeker Polis	B22.2.1	-	-	
Geneeskundige kosten buiten Europa		B22.2.2	-	-	
Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg					
Geneeskundige kosten in Europa	100%* Nederlands tarief	B22.2.1	100% (aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering)	100% (aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering)	A3.3.1
Geneeskundige kosten buiten Europa	100%* Nederlands tarief	B22.2.2	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basisverzekering)	
Tandheelkundige noodkosten	-		100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	A3.3.2
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	-		100%	100%	A3.3.3
Hulpverlening ANWB alarmcentrale bij medisch noodzakelijke hulp	-		100%	100%	A3.3.4
Zuurstof op vakantie	-		100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	A3.5
Farmaceutische zorg					
Geneesmiddelen	100%, exclusief eigen bijdrage € 250,00	B19.2	-	-	
Anticonceptie (pil, spiraal, pessarium)	vanaf 18 tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico bij gecontracteerde zorg	A3.7.2	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	A4.1
Maagzuurremmers	-		100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	A4.2
Geboortezorg					
Kraampakket	-		standaard pakket	uitgebreid pakket	A5.1
Bevalling thuis	100%*	B7.2	-	-	
Bevalling met medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*	B7.2	-	-	

Vergoedingenoverzicht 2021	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-nummer		Gemeente-Standaard	Gemeente-Top	Artikel-nummer
Bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*, exclusief eigen bijdrage € 18,50 p.d./p.p. en het bedrag hoger dan € 262,00 p.d.	B7.2		vergoeding eigen bijdrage kraamzorg 100%, vergoeding bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak 100% max. € 262,00	vergoeding eigen bijdrage kraamzorg 100%, vergoeding bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak 100% max. € 262,00	A5.2
Kraamzorg	100%*, exclusief eigen bijdrage van € 4,60 per uur	B7.3				
Verlengde/uitgestelde kraamzorg	-			-	max. 16 uur	A5.3
Elektrische borstkolf (huur of koop)	-			max. € 40,00	max. € 75,00	A5.4
Prenatale screening en structureel echoscopisch onderzoek	100%*	B7.1		-	-	
Zwangerschapscursus	-			100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	A5.5
Borstvoedingscursus	-			100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	A5.6
Niet-invasieve prenatale test (NIPT)	100%* onder voorwaarden	B7.1		-	-	
Gecombineerde Leefstijlinterventie						
Gecombineerde Leefstijlinterventie programma	100%*	B28		-	-	
Herstellingsoord, zorghotel en hospice	-			max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	A6.1
Kuurreizen (per 2 kalenderjaren)	-			-	100% max. € 1.050,00	A6.2
Logeerhuis (o.a. Ronald McDonald Huis)	-			100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	A6.3
Therapeutisch kamp voor jongeren (o.a. KIKA en De Luchtballon)	-			100% max. € 350,00	100% max. € 350,00	A6.4
Vervangende mantelzorg	-			-	100% max. 3 weken	A6.5.1
Mantelzorgmakelaar	-			-	100% max € 250,00	A6.5.2
Huidtherapie						
Acnebehandeling	-			-	100% max. € 200,00	A7.1
Camouflagetherapie	-			100% max. € 115,00	100% max. € 115,00	A7.2
Dermatografie	-			100% max. € 200,00	100% max. € 200,00	A7.3
- bestaande gebruikers	-			100% max. € 550,00	100% max. € 1.100,00	A7.4
- nieuwe gebruikers vanaf 2018	-			100% max. € 550,00	100% max. € 600,00	
Voetverzorging voor verzekerden met diabetes of reumapatiënten	100%* bij diabetes (minimaal Zorgprofiel 2)	B24.2		100% max. € 250,00 (bij diabetes alleen Zorgprofiel 1)	100% max. € 250,00 (bij diabetes alleen Zorgprofiel 1)	A7.5
Huisarts						
Consulten en behandelingen	100%*	B5		-	-	
Hulpmiddelen						
Medische hulpmiddelen	volgens Reglement Hulpmiddelen	B20		-	-	
Hulpmiddelen (pruiken en steunpessarium)	ja, exclusief eigen bijdrage (zie hiervoor het Reglement Hulpmiddelen)	B20		100% € 250,00 (eigen bijdrage pruik, pessarium en hoortoestel tezamen)	100% max. € 250,00 (eigen bijdrage pruik en steunpessarium)	A8.1
Hoortoestel (per oor)	ja, exclusief eigen bijdrage	B20			100% max. € 250,00	
Prothese-bh	-			100% max. € 35,00	100% max. € 70,00	
Plaswekker	-			100% max. € 85,00	100% max. € 85,00	A8.2
Steunzolen	-			100% max. € 35,00	100% max. € 100,00	A8.3
Hulpmiddelen bij thuisverpleging	-			100% eenmalig	100% eenmalig	A8.4
Verbandmiddelen bij chronisch gebruik	volgens Reglement Hulpmiddelen	B20		-	-	
Alarmering op sociale indicatie	-			max. € 3,50 per maand	max. € 4,00 per maand en max. € 120,00 voor de installatiekosten (eenmalig)	A8.5

Vergoedingenoverzicht 2021	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-nummer	Gemeente-Standaard	Gemeente-Top	Artikel-nummer
Medisch-specialistische zorg en ziekenhuisverblijf					
Medisch-specialistische zorg en verpleging	100%* m.u.v. specifiek uitgesloten zorg	B6.2	-	-	
Flebologie/proctologie	-		75% max. € 100,00	75% max. € 100,00	A9.1
Oorstandcorrecties	-		-	100% max. € 500,00	A9.3
Sterilisatie					
Bij mannen	-		-	100% max. € 300,00 door huisarts, 75% max. € 300,00 door specialist	A9.2
Bij vrouwen	-		-	75% max. € 1.200,00 door specialist	
Paramedische behandelingen					
Oefentherapie max. aantal behandelingen uit aanvullende verzekering voor chronische en niet chronische behandelingen samen					
Tot 18 jaar					
Fysiotherapie	100%* met chronische aandoening; max. 9 behandelingen met niet-chronische indicatie, bij ontoereikend resultaat max. 9 behandelingen extra	B17.1	max. 20 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 30 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	A10.1
Oefentherapie Cesar/Mensendieck			max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	
Vanaf 18 jaar					
Fysiotherapie	100%* vanaf 21ste behandeling met chronische aandoening	B17.1	max. 20 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 30 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	A10.1
Oefentherapie Cesar/Mensendieck			max.12 behandelingen	max. 25 behandelingen	
Overige therapieën					
Beweegprogramma's (waaronder Fitkids en JOGG)	-		100% max. € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% max. € 500,00 per 2 kalenderjaren	A10.1.1/ A10.1.2
Ergotherapie	max. 10 uur	B17.2	-	max. 10 uur	A10.3
Logopedie	100%*	B17.3	-	-	
Voedingsvoorlichting/diëtetiek	max. 3 behandeluren	B17.4	-	12 kwartier tot 18 jaar	A10.2
Voedingsvoorlichting/diëtetiek bij ondervoeding, ongewenst gewichtsverlies of oncologie			-	8 kwartier	
Podologie, podo(posturale)therapie	-		100% max. € 50,00	100% max. € 250,00	A10.4
Stottertherapie (methode, Del-Ferro, Boma of Hausdörfer)	-		-	100% max. € 350,00	A10.5
Preventieve cursussen/voorlichting					
GeZZondcheck (eenmaal per 2 kalenderjaren)	-		100%	100%	A11.1
Preventieve cursussen (EHBO, Meer bewegen voor Ouderen, leren omgaan met een ziekte of aandoening, mantelzorgcursus, slaapcursus)	-		50% max. € 115,00	100% max. € 150,00	A11.2
Stoppen met Roken	één programma per kalenderjaar	B25			
Overgangsconsulent	-		-	100% max. € 115,00	A11.3
Sport Medisch Advies (SMA)	-		-	100% max. € 100,00	A11.4
Psychologische en psychotherapeutische zorg					
Generalistische basis GGZ vanaf 18 jaar					
Korte -, middellange-, intensieve- en chronische behandeling na verwijzing	100%*	B23.1	-	-	
Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar					
Klinische gespecialiseerde GGZ na een machtiging	100%*, max. 365 dagen (indien noodzakelijk verlenging tot 1.095 dagen)	B23.2.1	-	-	
Niet-klinische gespecialiseerde GGZ na een verwijzing	100%*	B23.2.2	-	-	

Vergoedingenoverzicht 2021	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-nummer		Gemeente-Standaard	Gemeente-Top	Artikel-nummer
Overige psychologische zorg						
Overige hulp (o.a. psychosociale begeleiding bij kanker, lichaamsgeoriënteerde therapie)	-			100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	A12.1
Lichttherapie voor seizoensdepressie	-			max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	A12.2
Revalidatie						
Revalidatie	100%*	B8		-	-	
Tandheelkundige hulp						
Tandheelkundige hulp tot 18 jaar (in aanvulling op de basisverzekering)						
Basis tandheelkundige hulp exclusief kronen, bruggen en orthodontie	100%*, exclusief uitsluitingen	B18.1/ B18.2		-	-	
Extra tandheelkundige hulp (gegoten vullingen en kronen en bruggen)	-			100% max. € 230,00	100% max. € 500,00	A13.1.1
Orthodontie tot 18 jaar	-			100% max. € 2.000,00	100% max. € 2.000,00	A13.1.2
Tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar (maximum geldt voor alle vergoedingen samen)						
Totale maximum vergoeding voor tandheelkundige hulp	-			max. € 230,00	max. € 500,00	A13.2
- controle, preventie en mondhygiëne (max. 30 minuten M01, M02, M03) - röntgendiagnostiek (max. € 35,00)	-			100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	A13.2.1
overige tandheelkundige hulp (o.a. gegoten vullingen, kronen en bruggen, orthodontie, prothetische hulp B1)	-			100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	A13.2.2
Volledige gebitsprothesen	75%*	B18.3		100% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	100% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	A13.2.2
Gebitsprothesen reparaties en rebasen	100%*, exclusief eigen bijdrage			-	-	
Kaakchirurgische zorg	100%*, exclusief eigen bijdrage			-	-	
Volledige sanering na toestemming Zorg en Zekerheid				-	100% max. € 1.500,00	A13.2.1.2
Ongevalsdekking tandheelkunde	-			100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	A13.3
Tandheelkundige zorg bijzondere gevallen	100%*, exclusief eigen bijdrage	B18.4.1		-	-	
Overige vergoedingen						
Bezoekkosten opgenomen gezinslid	-			100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	A14.1
Contributie patiëntenvereniging voor chronische aandoeningen	-			100% max. € 20,00	100% max. € 50,00	A14.2
Vergoeding eigen bijdrage Wlz/Wmo (thuiszorg)	-			100% max. € 370,00	100% max. € 370,00	A14.4
Verpleging en verzorging						
Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	100%*	B27		-	-	
Zvw, Pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)	100%*	B27		-	-	
Eerstelijns Verblijf	100%*	B27.2		-	-	
Vervoer						
Ambulancevervoer	100%* max. 200 km	B21.2		-	-	
Zittend ziekenvervoer bij bepaalde medische indicaties, na toestemming van de Vervoerslijn						
Met openbaar vervoer	100%*, exclusief eigen bijdrage	B21		vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 108,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 108,00	A14.3
Met eigen auto	€ 0,32 per km, exclusief eigen bijdrage	B21				
Met taxi	100%*, exclusief eigen bijdrage	B21				
Zintuiglijk gehandicaptenzorg						
Extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg	100%*	B26		-	-	

* Bij de Zorg Zeker Polis gelden voor niet-gecontracteerde zorgverleners andere vergoedingen, deze kunt u vinden in de polisvoorwaarden.



Polisvoorwaarden 2021

Basisverzekering

Zorg Zeker Polis

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

Begripsomschrijving 5

Basisverzekering Zorg Zeker Polis 15

Rubriek A Algemene voorwaarden 15

Artikel 1 Algemene bepalingen 15
Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering 18
Artikel 3 Premie en eigen risico 20
Artikel 4 Overige bepalingen 24

B Omvang dekking 28

Geneeskundige zorg 28
Artikel 5 Huisartsenzorg 28
Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg) 29
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg 31
Artikel 8 Revalidatie 33
Artikel 9 Orgaantransplantaties 34
Artikel 10 Dialyse 35
Artikel 11 Mechanische beademing 35
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen 35
Artikel 13 Trombosedienst 36
Artikel 14 Erfelijkheidsadvies 36
Artikel 15 Audiologische zorg 36
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg 37
Artikel 17 Paramedische zorg 38
Artikel 18 Mondzorg 42
Artikel 19 Farmaceutische zorg 46
Artikel 20 Hulpmiddelen 50
Artikel 21 Ziekenvervoer 50
Artikel 22 Buitenland 53
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg 53
Artikel 24 Ketenzorg 58
Artikel 25 Stoppen met roken 59
Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg 59
Artikel 27 Verpleging en verzorging 60
Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie 61
Artikel 29 Second opinion 62

Rubriek C Informatie 63

Begripsomschrijvingen

Arts
Een arts die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Basisverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar.

Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum bijzondere tandheelkunde
Een universitair of daarmee door Zorg en Zekerheid gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Centrum voor medisch-specialistische zorg
Een instelling voor medisch-specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Collectiviteit
Een groep van personen, wiens belangen worden behartigd door een werkgever of een rechtspersoon, en waarvoor een collectiviteitsovereenkomst tussen Zorg en Zekerheid en die werkgever of rechtspersoon van kracht is.

Dagbehandeling
Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Dienstenstructuur
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist
Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Eigen bijdrage
Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut
Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat
Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg
Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake bloedvoorziening van toepassing is.

Fleboloog/proctoloog
Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude
Onder fraude wordt in ieder geval verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum
Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gebruiker
- Een bestaande gebruiker heeft:
  a. eerder de betreffende vergoeding gebruikt én heeft de aanvullende verzekering niet gewijzigd; of
  b. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu weer met dezelfde aanvullende verzekering als de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.
- Een nieuwe gebruiker heeft:
  a. nog nooit de betreffende vergoeding gebruikt; of
  b. de betreffende vergoeding wel eerder gebruikt maar heeft de aanvullende verzekering gewijzigd; of
  c. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu met een andere aanvullende verzekering dan de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.

Gecontracteerde zorg
De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een (zorg-)verzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Generalistische Basis GGZ
Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Geregistreerd-mondhygiënist
De geregistreerd-mondhygiënist voldoet aan de volgende voorwaarden:
- heeft de huidige vierjarige opleiding tot mondzorgkundige afgerond met een diplomadatum van 2006 of later;
- heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken gemaakt met een tandarts over de achterwacht (o.a. over nazorg en pijnklachten);
- is opgenomen in het tijdelijke BIG-register, experimenteerartikel 36a;
- is in het bezit van het certificaat toezichthoudend medewerker stralingsbescherming.

Geriatrie fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatrie fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als geriatrie fysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatrie oefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als geriatrie oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Gespecialiseerde GGZ
Diagnostiek en behandeling van (zeer) complexe psychiatrische aandoeningen. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling.

Gezin
Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid
Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Gezondheidszorgpsycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GeZZondcheck
Met de geZZondcheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GVS-eigen bijdrage
Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een onderdeel in de aansprakenregelingen van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die in het GVS staan geregistreerd worden vanuit de basisverzekering door de zorgverzekeraars vergoed. Voor sommige geneesmiddelen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage.

GGD-arts
Een arts die in opdracht van de gemeentelijke gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Handergotherapeut
Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als handergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Hospice
Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut
Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut’, dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen
De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg
De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging
Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:
- het door hormonale behandeling bevordering van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo’s in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van embryo(’s) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdarts
Arts die als jeugdarts KNMG is ingeschreven in het door het College Geneeskundige Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ingestelde profielregister jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg
Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Ketenzorg
De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website **zorgenzekerheid.nl**.

Kind
Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderergotherapeut
Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als kinderergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het, Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als kinderfysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderoefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraambureau of kraamcentrum
Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg
De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Lactatiekundige
Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Leefstijlcoach
De leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach gaat hierbij expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Doel is dat mensen een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. De leefstijlcoach is geregistreerd als leefstijlcoach in het register van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland of het betreffende register binnen de registratie voor paramedici.

Lichamelijke functiestoornissen
Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist
Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige
Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als manueel therapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als manueel therapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg
De onbetaalde zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en buren.

Marktconform bedrag/tarief
Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag, in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag, niet onredelijk hoog is.

Medisch adviseur
De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak
De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke repatriëring
Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch specialist
Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Model kwaliteitsstatuut GGZ
In het model kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ moeten hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist
Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid alsmede het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als oedeemtherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck
Een oefentherapeut Cesar/Mensendieck die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Ongeval
Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door Zorg en Zekerheid de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen.

Opname
Opname in instelling, indien en zolang op medische gronden de verzekerde zorg uitsluitend in een instelling kan worden geboden.

Optometrist
Paramedicus die, al dan niet onder supervisie van een oogarts, controles, metingen en verschillende aanvullende onderzoeken doet aan de ogen.

Orthodontie
Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Orthopedagoog
Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Orthoptist
Paramedicus die stoornissen diagnosticeert en behandelt in de samenwerking en ontwikkeling van de ogen.

Overgangsconsulent(e)
Een overgangsconsulent(e) met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner
De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)
De pedicure dient opgenomen te zijn in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP), het Register Paramedische Voetzorg (RPV) of het Kwaliteitsregister voor Medisch Voetzorgverleners (KMV). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV) en/of ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure of paramedisch chiropodist is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie
Een samenhangende verzameling van op verschillende personen betrekking hebbende persoonsgegevens, die langs geautomatiseerde weg wordt bijgehouden of - met het oog op een doeltreffende raadpleging van die gegevens - systematisch is aangelegd.

Physician assistant (PA)
Een physician assistant die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Een physician assistant (PA) kan zelfstandig taken van de arts overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, het opstellen van een behandelplan, maar ook heelkundige handelingen zoals operaties, pacemakerimplantaties, endoscopieën, zenuwblokkades en het plaatsen van een centraal veneuze katheter (CVC).

Podoposturale therapeut
Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo-/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als psychosomatisch fysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Psychosomatisch oefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychotherapeut
Een psychotherapeut die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Psychiater
Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Rationele farmacotherapie
Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt.

Redelijke afstand
Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Regiebehandelaar
Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-faceconsult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Registerpodoloog
Een podoloog die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ).

Revalidatie
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een bij of krachtens de bij Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist
Een schoonheidsspecialist die aangesloten is bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Specialistische hulp
Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket
Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts
Een tandarts, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus
Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Tandtechnicus
Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde
Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket
Een kraampakket dat naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd een aantal nuttige extra’s bevat.

Verbijzonderd fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de fysiotherapie.

Verbijzonderd oefentherapeut
Een oefentherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de oefentherapie.

Verblijf
Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verloskundige
Een verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verminking
Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Verpleegkundige
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verzekering
De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur
Duur van de verzekering die men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst
De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wachttijd orthodontie
De verzekerde die behandeld wordt voor orthodontie moet minstens twaalf maanden voorafgaand aan de behandeling aansluitend aanvullend verzekerd zijn bij ons voor orthodontie om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding.

Welzijnsorganisatie
Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid
De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wijkverpleging
Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wlz
Wet langdurige zorg.

Wmg-tarief
Het tarief zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.

Ziekenhuis
Een centrum voor medisch-specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zintuigelijk gehandicapt
Iemand met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zittend ziekenvervoer
Het vervoer per openbaar vervoer, auto of taxi anders dan in een ambulance waar verzekerden, ingevolge de Zorgverzekeringswet aanspraak op kunnen maken.

Zorghotel en herstellingsoord
Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is. Eerstelijnsverblijf valt hier niet onder.

Zorgpolis
De (elektronische) akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Zorgzwaartepakket (ZZP)
Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP's te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP's voor Langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Rubriek A
Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
b. het Besluit zorgverzekering;
c. de Regeling zorgverzekering;
d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker**. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

> Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

1.5.2 Niet-gecontracteerde zorgverlener

Kiest u ervoor om naar een zorgverlener te gaan waarmee wij voor de zorg omschreven in Rubriek B geen contract hebben afgesloten (een niet-gecontracteerde zorgverlener)? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten van uw behandeling zelf moet betalen.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Ontvangt u verpleging en verzorging (artikel 27.1 en 27.3) van een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u op **zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg**. Op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** vindt u met welke zorgverleners wij een overeenkomst hebben gesloten.

1.5.3 Omzetplafonds

Zorg en Zekerheid spreekt met sommige zorgverleners een bedrag af dat zij in een bepaald kalenderjaar maximaal mogen declareren (een omzetplafond). Hiermee houden we de zorg betaalbaar. Met de meeste zorgverleners is contractueel vastgelegd dat zij de zorg moeten leveren, ook als het omzetplafond is bereikt. Dit is de zogenoemde doorleverplicht.

Met een klein deel van de zorgverleners is geen doorleverplicht afgesproken. Deze zorgverleners kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** en uw zorgaanbieder kan u hierover informeren. Het kan dan voorkomen dat u in dat jaar niet meer bij deze zorgverlener terecht kunt. In dat geval kunt u bellen of mailen naar ons Team Zorgadvies en Bemiddeling op telefoonnummer (071) 5 825 828 of zorgadvies@zorgenzekerheid.nl. Een van onze zorgadviseurs kijkt samen met u bij welke zorgverlener u wel terechtkunt. Als u al in behandeling bent bij een zorgverlener die zijn omzetplafond heeft bereikt, dan heeft dit voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgverlener.

1.6 Tijdige zorgverlening

Wanneer een gecontracteerde zorgverlener de benodigde zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u aanspraak op zorgbemiddeling van ons Team Zorgadvies en Bemiddeling. Wij kunnen u dan toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan. De kosten van deze zorg worden in dat geval, nadat wij de nota hebben ontvangen, met in achtneming van de polisvoorwaarden, vergoed. Wij vergoeden de kosten tot maximaal op basis van het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag.

Team Zorgadvies en Bemiddeling
Het Team Zorgadvies en Bemiddeling van Zorg en Zekerheid adviseert u bij welke zorgverlener u terecht kunt voor uw zorgvraag. Of bemiddelt voor u wanneer u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bezoek aan een polikliniek. Meer informatie over het Team Zorgadvies en Bemiddeling vindt u op **zorgenzekerheid.nl/zorgadvies**.

Onder niet of niet-tijdig geleverde zorg van een gecontracteerde zorgverlener verstaan wij ook:
a. zorg die niet binnen een redelijke afstand van uw woonplaats kan plaatsvinden;
Of;
b. in de nabijheid van de woonplaats kan er geen kwalitatieve en verantwoorde zorg verleend worden.

Voor het vaststellen van het tijdstip van tijdige zorgverlening gaan wij uit van medische inhoudelijke factoren, en zo nodig algemene, maatschappelijk aanvaarde wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Opname in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij een opname in een ziekenhuis alleen het laagste klasse-tarief. In Nederland kunt u hiermee altijd terecht in een ziekenhuis.

Voorbeeld
Wanneer een ziekenhuis twee verschillende tarieven hanteert; bijvoorbeeld een 2e en 1e klasse tarief. Dan vergoeden wij alleen het laagste tarief, in dit voorbeeld 2e klasse. Het verschil in klasse zit bijvoorbeeld in het aantal patiënten op een kamer. In Nederland komt het niet vaak voor dat ziekenhuizen twee verschillende tarieven hanteren, maar in het buitenland wel.

1.8 Begin en einde van uw aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg

Als u op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg of recht heeft op vergoeding van de door u gemaakte kosten van zorg, geldt dit uitsluitend als u deze zorg heeft ontvangen tijdens de looptijd van deze zorgverzekering. De datum die door de zorgverlener wordt opgegeven als datum waarop de zorg is geleverd, is bepalend voor de beoordeling aan welk kalenderjaar wij de gedeclareerde kosten toerekenen. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgverlener één declaratie indient, dan is de startdatum van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding.

1.9 Schriftelijke toestemming, verwijzing of voorschrift

1.9.1 Schriftelijke toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u van ons schriftelijke toestemming nodig voordat u recht heeft op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u schriftelijke toestemming nodig heeft. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg (tenzij hiervan wordt afgeweken in deze polisvoorwaarden).

Heeft u schriftelijke toestemming van uw vorige zorgverzekeraar en stapt u over naar ons? Dan blijft de toestemming geldig tot de einddatum die op de toestemming staat aangegeven. De vergoeding vindt plaats zoals beschreven in deze polisvoorwaarden.

> **Voorbeeld**
> U bent per 1 januari 2021 overgestapt naar ons. U heeft van uw vorige zorgverzekeraar een schriftelijke toestemming voor plastische chirurgie ontvangen. De uiterste datum van deze toestemming is 23 maart 2021. Als u voor deze datum uw behandeling ondergaat, hoeft u geen toestemming te vragen aan ons.

1.9.2 Tijdig aanvragen van toestemming

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals vereist voor een aantal behandelingen, verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zo nodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

1.9.3 Niet nakomen van verplichting

Bij niet nakoming van de verplichting geformuleerd in 1.9.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van de verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, als de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

1.9.4 Verwijzing of voorschrift

Het kan ook zijn dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op deze zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft. Voor acute zorg (zorg die niet uitgesteld kan worden) heeft u geen verwijzing nodig.

1.10 Vergoeding van kosten van andere vormen van zorg

In sommige gevallen kan het zijn dat u aanspraak kan maken op vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan vermeld in deze polisvoorwaarden. Dit kan wanneer de betreffende behandeling is aangemerkt als algemeen aanvaard en tot een vergelijkbaar resultaat leidt en niet is uitgesloten door de wet. Voor een dergelijke behandeling heeft u vooraf toestemming nodig.

1.11 Terugbetalen

Het kan zijn dat wij meer uitbetalen dan waarop u volgens deze overeenkomst recht heeft. U verleent ons door het aangaan van de zorgverzekering op voorhand een volmacht tot incasso op onze naam. Deze volmacht heeft betrekking op wat u teveel aan de zorgverlener heeft betaald.

1.12 Wanneer verjaart een nota

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart in principe op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt verjaring voorkomen door binnen voornoemde periode schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.13 Mededelingen

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering

2.1 Vanaf wanneer bent u verzekerd

Uw zorgverzekering en/of die van de door u medeverzekerde personen gaat in principe in op de dag waarop wij het volledig ingevulde aanvraag(formulier) hebben ontvangen. De ingangsdatum van de zorgverzekering staat op het polisblad.

2.1.1 Het kan zijn dat wij uit het ingevulde aanvraagformulier niet kunnen afleiden of wij verplicht zijn met u en/of een van de door u op uw aanvraag(formulier) vermelde perso(o)nen een zorgverzekering af te sluiten. Wij vragen dan om aanvullende informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten voor u en/of deze perso(o)nen. De zorgverzekering gaat dan in op de datum dat wij alle aanvullende informatie hebben ontvangen, tenzij artikel 2.1.2 van toepassing is.

2.1.2 Als de zorgverzekering wordt aangevraagd binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan hanteren wij als ingangsdatum de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Bij de geboorte van uw kind is het dus van belang dat u uw kind binnen vier maanden bij ons verzekert. Uw kind is dan vanaf de geboorte verzekerd. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden is ontvangen door ons, gaat de zorgverzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

2.1.3 Uw zorgverzekering gaat in met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd, onder voorwaarde dat de periode tussen de einddatum van de eerdere zorgverzekering en uw nieuwe zorgverzekering niet meer dan een maand bedraagt. De werking van terugwerkende kracht onder deze voorwaarde geldt alleen in de volgende gevallen:

a. de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari;
b. door wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekerde;
c. door wijziging van de grondslag van de premie ten nadele van de verzekerde.

2.1.4 Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in 2.1, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven datum, mits deze in de toekomst ligt en u aan de overstapvoorwaarden voldoet.

2.2 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen

Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Wij moeten van u dan wel een opzegging hebben ontvangen uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar. Ontvangen wij die niet, dan verlengen wij de zorgverzekering(en) stilzwijgend met de duur van één jaar. Heeft u opgezegd uiterlijk 31 december dan eindigt de zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgende jaar en heeft u tot 1 februari de tijd om een andere zorgverzekering af te sluiten. Deze nieuwe zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari.

Opzeggen kan ook via de opzegservice van Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de zorgverzekeraar van uw nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om uw huidige zorgverzekering(en) op te zeggen en bij de nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Ook hier geldt dat u uiterlijk 31 december een andere zorgverzekering moet hebben aangevraagd.

2.2.1 Tussentijds uw verzekering opzeggen

U kunt als verzekeringnemer de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen wanneer:

a. u iemand anders dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde een andere verzekering heeft afgesloten op grond van de Zorgverzekeringswet. Denk hierbij aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd van uw kind. De huidige zorgverzekering moet dan wel binnen dertig dagen worden opgezegd.

> **Opzegging bij 18e verjaardag**
> Wordt uw kind 18 jaar? Dan kan u zijn of haar verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind moet dan zelf een zorgverzekering afsluiten.

Als u de zorgverzekering opzegt en deze is door ons ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, dan beëindigen wij de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Ontvangen wij de opzegging later? Dan is de ingangsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat de verzekerde elders een zorgverzekering heeft;

b. u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst van uw werkgever vanwege een nieuw dienstverband en u kunt deelnemen aan een nieuwe collectieve overeenkomst bij uw nieuwe werkgever. U moet uw zorgverzekering dan wel opzeggen binnen dertig dagen na uw indiensttreding. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat u van collectieve overeenkomst switcht;

c. wij de premie en/of voorwaarden aanpassen zoals beschreven in artikel 2.8.2;

d. u van de zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing van de zorgautoriteit hebben gekregen vanwege het niet voldoen aan, of een boete opgelegd hebben gekregen vanwege overtreding van, artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. U kunt alleen opzeggen binnen zes weken nadat u een mededeling als bedoeld in dit artikel onder d ontvangen heeft. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.

2.3 Wanneer kunt u de zorgverzekering niet opzeggen

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand van de verschuldigde premie, dan kunt u de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan. Dit kan wel als wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

2.4 Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen

Wij kunnen uw zorgverzekering alleen beëindigen in de volgende situaties:

a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 ‘Achterstand in betalen’;
b. als er sprake is van fraude zoals omschreven in artikel 4.5 ‘Hoe gaan wij om met fraude’;
c. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de zorgverzekering uit de markt halen.

2.5 Wanneer kunnen wij de dekking van uw verzekering schorsen

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering schorsen als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 ‘Achterstand in betalen’.

2.6 Wanneer eindigt uw verzekering van rechtswege

De zorgverzekering kan ook eindigen van rechtswege. In de volgende situaties eindigt de zorgverzekering van rechtswege met ingang van de dag volgend op de dag waarop:

a. wij geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, is gewijzigd of ingetrokken. U ontvangt uiterlijk twee maanden van tevoren bericht van ons onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt;
b. de verzekerde overlijdt (u moet dit binnen dertig dagen aan ons doorgeven);
c. de verzekeringsplicht eindigt;
d. u een militair in werkelijke dienst wordt.

U bent als verzekeringnemer verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde, het einde van de verzekeringsplicht of indiensttreding als militair in werkelijke dienst. Eventueel teveel betaalde premie wordt aan u terugbetaald of verrekend met door ons betaalde zorgkosten voor zorg waarop u geen recht meer had. Indien in dat geval door ons meer zorgkosten zijn betaald, dan u terugkrijgt aan premie, brengen wij deze kosten bij u in rekening.

2.7 Zorgverzekering van onverzekerden

Als u bij ons verzekerd bent op grond van artikel 9d lid 1 Zvw (Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering), dan kunt u deze zorgverzekering vernietigen. Dit doet u binnen twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Centraal Administratiekantoor (CAK) u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de zorgverzekering ongedaan te kunnen maken, moet u aan ons en het CAK kunnen aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest op grond van een andere zorgverzekering. Hierbij gaat het om de periode zoals omschreven in artikel 9d lid 1 van de Zvw.

Wij zijn bevoegd een door het CAK namens u gesloten zorgverzekering te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

U kunt de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zvw niet opzeggen in de eerste twaalf maanden van de looptijd. Hiermee wijken wij af van artikel 7 van de Zvw. Uitzondering hierop is het derde lid van dat artikel; als dit van toepassing is kunt u wel uw zorgverzekering opzeggen.

2.8 Wijziging van de premie(grondslag) en voorwaarden

2.8.1 Aanpassing van premie en voorwaarden

Wij hebben het recht om de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de zorgverzekering op elk moment van het jaar en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Als wij dit doen, zullen wij u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de voorwaarden of premiegrondslag gaat niet eerder in dan zeven weken na de dag waarop wij u hierover hebben bericht.

2.8.2 Recht van opzegging

Wijzigen wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen zeven weken nadat wij u hebben geïnformeerd over de wijziging. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. Het recht van opzegging geldt niet wanneer de wijziging van voorwaarden en/of premiegrondslag het gevolg is van een wijziging van de gestelde regels binnen de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw.

Ontvangen wij voor de dag dat de nieuwe voorwaarden en/of premiegrondslag van kracht zijn geen schriftelijk bericht van opzegging, dan zullen wij de zorgverzekering voortzetten met toepassing van de nieuwe voorwaarden.

2.9 Onrechtmatige inschrijving

a. als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
b. wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of korting van een collectieve overeenkomst. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,--
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	€ ,-- -
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	€ ,-- -
Subtotaal	
Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)	€ ,-- -
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

> **Voorbeeld**
> Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan ook geen recht op de termijnkorting.

3.2.1 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Wanneer u gebruik maakt van een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

Vanaf de dag dat u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en eventueel aangepaste voorwaarden zoals deze zijn overeengekomen in de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vrijwillig eigen risico bij toetreden collectiviteit

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico beperkt of uitgesloten is. Wanneer u tussentijds toetreedt, kan dit tot gevolg hebben dat uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangepast.

3.3 Te ontvangen vergoeding verrekenen met uw premie

Het is niet toegestaan om uw te betalen premie te verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft.

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daaropvolgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen, niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u dertig dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen tien werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.

3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen, tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.

3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).

3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:

a. de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
b. de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
c. op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
d. zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.

3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:

a. de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
c. een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer, minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.

3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening, zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimumbedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.

3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

3.5 Verplicht eigen risico

3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

> **Voorbeeld**
> Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

3.5.2 Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

a. huisartsenzorg. Let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De consultatiekosten in het kader van Transparant Next door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook het plaatsen van een spiraal door een verloskundige valt wel onder het eigen risico;
c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
f. zorgkosten, van donoren, die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken of bij levertransplantatie na 26 weken na de donatie bij leven;
g. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie-instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
h. de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker;
i. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zogenaamde ketenzorg. Uitzondering hierop is buiten de ketenzorg;
j. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (inclusief medicatie). Deze vindt u op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**;
k. de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
l. hulpmiddelen in bruikleen.

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld
De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

3.5.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die boven het bedrag uitkomen van het verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00; € 100,00; € 200,00; € 300,00; € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad. In sommige collectiviteitsovereenkomsten is het niet mogelijk om een vrijwillig eigen risico te kiezen.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken, daarna volgt het vrijwillig eigen risico.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op **zorgenzekerheid.nl** raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,00 naar € 100,00.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via **MijnZZ.nl**, telefonisch via 071 – 5 825 825 of bezoek een van onze winkels.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld 18-jarigen
Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00. De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,00 als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt. Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgende kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

€ 100,00 x (61 / 365) = € 17,00 (afgerond naar hele euro's).

Als het geldend vrijwillig eigen risico wijzigt tijdens een kalenderjaar, én vóór die wijziging al bij ons een zorgverzekering was afgesloten, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eerst tellen wij de volgende bedragen bij elkaar op:

(Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 1 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 1
+
(Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 2 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 2

Et cetera.

De opgetelde bedragen delen wij vervolgens door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

3.6.5 Vrijwillig eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)
Wordt een behandeling gedeclareerd op basis van een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct dan wordt dit in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risico van het kalenderjaar waarin de betreffende DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.6.6 Betaling van het vrijwillig eigen risico
Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het vrijwillig eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6.7 Vrijwillig eigen risico na de 18e verjaardag
Wij benaderen u tenminste vier weken voor de eerste dag van de maand die volgt na de 18e verjaardag. Dit doen wij via een brief waarin wij u vragen binnen een bepaalde termijn aan te geven welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. Als u niet binnen deze termijn schriftelijk uw keuze doorgeeft, dan wordt een premie berekend op basis van het vrijwillig eigen risico van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige bepalingen

4.1 Verplichtingen
4.1.1 Wat zijn uw verplichtingen
a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijke second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid

kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;

d. binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
e. de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC worden alle kosten die met deze DBC verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook **zorgenzekerheid.nl**;
f. voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
g. de verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
   - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
   - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
   - overlijden;
   - geboorte;
   - wijziging IBAN;
   - adreswijziging;
   - e-mailadreswijziging;
   - aanvang en einde detentie.

   Wanneer de wijziging niet binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Uitzonderingen hierop zijn: vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht, geboorte (zie artikel 2.1.1), overlijden, aanvang van detentie (datum van plaatsing in een penitentiaire instelling is de datum van opschorting van de zorgverzekering) en einde van detentie (de zorgverzekering herleeft op de dag dat de detentie eindigt).

4.2 Wat is niet verzekerd

4.2.1 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

a. eigen bijdragen/betalingen die u verschuldigd bent op basis van de Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en/of bevolkingsonderzoek(en);
b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
c. griepvaccinatie (tenzij u tot de risicogroep behoort);
d. alternatieve geneeswijzen;
e. geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte in het kader van een reis;
f. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas voor verloskundige zorg;
g. behandelingen waarvoor een verwijzing vereist is, en die verwijzing niet van tevoren is aangevraagd/niet van tevoren is afgegeven;
h. declaraties als gevolg van het niet verschijnen op een afspraak met een zorgverlener;
i. behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;
j. behandeling gericht op sterilisatie;
k. behandeling van het ongedaan maken van sterilisatie;
l. behandeling gericht op circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden, tenzij dit medisch noodzakelijk is;
m. behandeling van placiocefalie en brachycefalie zonder craniosynotose (afwijkingen van de schedel bij baby's, zonder dat het komt door de ziekte cranio) met een redressiehelm;
n. gemaakt buiten Nederland met uitzondering van de kosten genoemd in artikel 22 buitenland;
o. onderzoeken naar behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen of binnen de betrokken beroepsgroep niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn, in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
p. opname als voortzetting van een ziekenhuisopname, als onze medisch adviseur van oordeel is dat dit niet meer noodzakelijk is;

q. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als hiervoor geen medische indicatie is afgegeven;
r. als dit een gevolg is van schade veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
s. als deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlog, onlusten in binnen- en of buitenland, oproer, opstand, rellen opstoten en muiterij.

4.2.2 Dubbele dekking

U heeft geen recht op zorg of de vergoeding van kosten wanneer deze zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of – ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

4.2.3 Aansprakelijkheid

a. wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van handelen of nalaten van uw zorgverlener;
b. onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die voor ons zouden gelden bij de juiste uitvoering van de zorgverzekering, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

4.3 Recht op zorg als gevolg van terrorisme

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van een terroristische handeling? Mogelijk komt u in aanmerking voor een deel van deze zorg. Hiervoor geldt de volgende regel. Wanneer de totale schade veroorzaakt door terroristische handelingen die in een kalenderjaar worden gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarvoor de Wet op financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting van de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger is dan waarvoor die maatschappij een herverzekering heeft gesloten, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage wordt door de NHT bepaald en is voor iedere verzekerde gelijk.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak op zorg zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Het kan zijn dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zvw.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl.

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij verwerken uw persoonsgegevens in overeenstemming met wet- en regelgeving zoals de Algemene verordening gegevensbescherming. Hoe wij dit doen, kunt u lezen in ons Privacystatement op onze website.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met inachtneming van de vigerende privacyregelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
e. voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern Verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen acht weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website **zorgenzekerheid.nl/klacht**. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen tien weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil binnen één jaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen; gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 29 oktober 2020 met ingang van 1 januari 2021.

B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

5.1 Algemeen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- geneeskundige zorg door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?
De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op:
- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek A artikel 4.2 van deze polisvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

5.2 Geneeskundige zorg bij specifieke patiëntgroepen

Waar heb ik recht op?
De geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat meer specifiek om:
- zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde bieden;
- zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden;
- zorg zoals gedragswetenschappers en paramedici bieden.

De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is veelal multidisciplinair. De zorg kan bestaan uit individuele behandeling en groepsbehandeling.

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op deze zorg als u een indicatie heeft van het CIZ voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient een verwijzing te zijn van de huisarts. Bij mensen met een verstandelijke beperking kan ook de kinderarts de verwijzer zijn.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor dagbehandeling in een groep die langer duurt dan zes maanden dient voor het voortzetten van de behandeling schriftelijke toestemming aangevraagd te worden bij Zorg en Zekerheid. Deze verlengingsaanvraag moet minimaal drie weken voordat er sprake is van een zorgduur van zes maanden voor dagbehandeling in een groep, aangevraagd worden.

Overgangsregeling Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) voor 2021
Let op: als u nog een CIZ indicatie heeft, maar nog niet met een behandeling vanuit de GZSP bent gestart, dan geldt deze CIZ indicatie in de eerste drie maanden van 2021 als een verwijzing voor de GZSP. Deze zorg komt ten laste van uw zorgverzekering. Gebruikt u de CIZ indicatie niet als verwijzing in de eerste drie maanden van 2021 om te starten met een behandeling dan heeft u voor deze zorg vanaf 1 april 2021 een nieuwe verwijzing nodig van een verwijzer die valt binnen de GZSP.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysicus-audioloog of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de boreling, door een verloskundige. De geldigheidsduur van een verwijzing is één jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Voor wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch-specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. U kunt de 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' inzien op www.zorginstituutnederland.nl**.**

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch-specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch-specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch-specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van complexe longrevalidatie is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden, als 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;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transseksuelen zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op **zorgenzekerheid.nl**. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden** in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op **zorgenzekerheid.nl**.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:
- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:
- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:
- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
- structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 wekenecho';
- combinatietest of een Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een combinatietest (bestaande uit een nekplooimeting en bloedonderzoek) of een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

U en uw kind hebben recht op geneeskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Het gaat dan zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, als tijdens en na de bevalling. Bij bevalling kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- medisch-specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor u en (met ingang van de dag van de bevalling) uw kind;
- verblijf bij u van het gezonde kind wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor u vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor bevalling en/of verblijf in het ziekenhuis.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

Wat moet ik nog meer weten?
Als u en uw kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 7.3.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op (met ingang van de dag van de bevalling):
- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts;
- het gebruik van een verloskamer van het ziekenhuis of geboortecentrum gedurende de bevalling, inclusief de partusassistentie verzorgd door het ziekenhuis of geboortecentrum .

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor u als uw kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 37,00 per opnamedag (€ 18,50 voor u en € 18,50 voor uw kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 262,00 (€ 131,00 voor u en € 131,00 voor uw kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum. Als de bevalling alsnog medisch wordt, dat wil zeggen overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling, vervalt de eigen bijdrage.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat moet ik nog meer weten?
Als u en uw kind samen het ziekenhuis of geboortecentrum verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Bevalling en/of kraambed thuis

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.3 Kraamzorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt wordt, in overleg met u, door de verloskundige of gynaecoloog vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Wat zijn de voorwaarden?
- u dient zich uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te melden voor kraamzorg via **zorgenzekerheid.nl/aanvragenkraamzorg** of de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: (071) 5 825 555);
- bij opname in een ziekenhuis: als u en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende die is verbonden aan een kraamcentrum.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,60 per uur.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten worden behaald dan met niet-klinische revalidatie.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een aanspraak op zorg dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor revalidatie.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

8.2 Geriatrische revalidatie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:
- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie). De zorg moet aansluiten (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat voor aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;

Of;
- de thuissituatie bij een acute mobiliteitsstoornis of afname van zelfredzaamheid na een geriatrisch assessment.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig indien de internist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde na een (schriftelijke) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis dit vaststelt;
- is er sprake van instroom in de GRZ vanuit de thuissituatie of een eerstelijns verblijf (ELV) zonder voorafgaande medisch-specialistische zorg, dan kan in bepaalde gevallen de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment afnemen. Een voorwaarde voor een indicatie voor toegang tot geriatrische revalidatie is dan het vaststellen van de medische stabiliteit. Bij acute aandoeningen zal de specialist ouderengeneeskunde dan altijd contact opnemen met de behandelend medisch specialist of wordt er bij twijfel een medisch specialist geconsulteerd om de medische stabiliteit vast te stellen;
- u heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een Wlz-instelling en u daar behandeling op grond van de Wlz heeft ontvangen;
- de totale duur van de behandeling bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121e dag, vooraf (uiterlijk vier weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- transplantaties van weefsels en organen als de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u is;
- medisch-specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige bullet. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Welke kosten worden niet vergoed?
Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gederfde inkomsten.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op, bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum:
- het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling, verpleging en de farmaceutische zorg;
- door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:
- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook (betaald uit de DBC medisch-specialistische zorg):
- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere (administratieve) voorwaarden kunnen worden gesteld.

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 11 Mechanische beademing

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een erkend beademingscentrum.

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:
- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum;
- vergoeding van stroomkosten in geval van zuurstofapparatuur.

Wat zijn de voorwaarden?
De beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Waar heb ik geen recht op?
Verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, binnen dit artikel.

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Artikel 13 Trombosedienst

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het door de trombosedienst:
- regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- opleiden in het gebruik, van de bij het voorafgaande streepje, aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden bij uw metingen;
- geven van adviezen omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- de centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsadvies. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- advisering en onderzoek bij andere personen als noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?
De hulp dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies met een vergunning voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 15 Audiologische zorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdgezondheidszorgarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie en de opslag van de embryo's hiervoor).

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde van 43 jaar of ouder bij wie de IVF-poging al is gestart voordat de verzekerde de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, heeft recht op afronding van die poging;
- als de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- als de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, als dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een IVF-centrum met een vergunning voor de toepassing van IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv);
- de opslag van embryo's wordt alleen vergoed wanneer de individuele verzekerde recht heeft op vergoeding van een IVF- of ICSI-behandeling ten laste van haar zorgverzekering.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

Waar heb ik geen recht op?
De vierde en volgende IVF-poging(en) 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 als de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Wat moet ik nog meer weten?
- als er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
  a. een doorgaande zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
  b. een doorgaande zwangerschap van tenminste tien weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling en spreken we na tenminste negen weken en drie dagen van een doorgaande zwangerschap).

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

16.2 Overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op vruchtbaarheid gerelateerde zorg, niet zijnde een IVF-poging.

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is.

Bent u jonger dan 18 jaar?

U heeft alleen recht op:

- behandeling van een aandoening die staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) vanaf de eerste behandeling. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van een aantal chronische aandoeningen beperkt is volgens deze lijst;
- maximaal negen behandelingen per aandoening per kalenderjaar voor aandoeningen die niet in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) staan. Bij ontoereikend resultaat, heeft u recht op maximaal negen extra behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Let op: Op het moment dat u 18 jaar wordt, geldt de aanspraak voor 18 jaar of ouder en wordt de behandeling van een aandoening die staat op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) pas weer vanaf de 21e behandeling na uw 18e verjaardag vergoed.

Bent u 18 jaar of ouder?

U heeft alleen recht op zorg in de volgende gevallen/bij de volgende aandoeningen:

- aandoening op Chronische Lijst:
  behandeling van een aandoening die staat in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), vanaf de 21e behandeling. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van een aantal chronische aandoeningen beperkt is volgens deze lijst;
- bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie:
  de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in verband met “stepped care”;
- claudicatio intermittens:
  tot maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal twaalf maanden bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens/etalagebenen);
- artrose:
  vergoeding voor ten hoogste twaalf behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht gedurende maximaal twaalf aaneengesloten maanden;
- COPD:
  vergoeding voor behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, indien sprake is van stadium II (matig COPD) of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Hierbij geldt het volgende aantal behandelingen:

Ernstcategorie voor symptomen en risico op verergeringen	Eerste twaalf maanden	Na twaalf maanden voor iedere periode van twaalf maanden
A	5	0
B1	27	3
B2	70	52
C of D	70	52

Bijlage 1 Besluit zorgverzekering
Bepaalde aandoeningen komen voor op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, ook wel de Chronische Lijst genoemd. Aandoeningen die op deze lijst staan zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Uw fysiotherapeut weet of uw aandoening op deze lijst staat. U vindt de lijst ook op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden** of u kunt hem bij ons opvragen.

Handelingen en materialen
In sommige gevallen verricht de therapeut handelingen zoals shockwave, dry needling of echografie. Deze handelingen zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.

De kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Extra vergoeding in aanvullende verzekering
Worden uw eerste twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie niet vergoed? Dan kunt u de eerste twintig behandelingen (gedeeltelijk) vergoed krijgen vanuit onze aanvullende verzekeringen. Zie voor meer informatie **zorgenzekerheid.nl/zorgverzekeringen**.

Wat zijn de voorwaarden?

a. De volgende zorgverleners mogen de zorg verlenen:

	Fysiotherapie	Verbijzonderde fysiotherapie excl. oedeem-/ littekentherapie	Oedeem-/ littekentherapie	Oefentherapie	Verbijzonderde oefentherapie
Fysiotherapeut	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Verbijzonderd fysiotherapeut	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Verbijzonderd oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Oedeemtherapeut of huidtherapeut	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee

- de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL of bij het Keurmerk Fysiotherapie;
- de (verbijzonderd) oefentherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (status kwaliteitsgeregistreerd);
- komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens)? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor claudicatio intermittens aangesloten zijn bij Chronisch ZorgNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
- wordt u behandeld voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register.

b. De volgende voorwaarden gelden voor het aantal behandelingen:
- start u met een nieuwe behandeling bij een fysiotherapeut? Dan zal de fysiotherapeut eerst onderzoeken wat u precies heeft en welke behandeling u nodig heeft. Dit telt als één behandeling. Als de fysiotherapeut u vervolgens daadwerkelijk behandelt telt dit ook weer als één behandeling. Daardoor kunnen er twee behandelingen gedeclareerd worden bij een eerste bezoek aan de fysiotherapeut;
- alle behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tellen mee. Dit geldt ook voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

c. Groepsbehandeling:
als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

Heb ik een verwijzing nodig?
Heeft u een aandoening die staat op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), of gaat u behandeld worden voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II of COPD Gold klasse II of hoger? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend arts, de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Ook volstaat een bewijs van diagnose met daarop de volgende gegevens: uw naam, de naam van de arts die de diagnose heeft gesteld en een duidelijke omschrijving van de diagnose.

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Staat uw aandoening niet op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) en wordt u niet behandeld voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II of COPD Gold klasse II of hoger? Dan kunt u zonder verwijzing naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit noemen wij directe toegankelijkheid.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Als u zorg gaat ontvangen aansluitend op een opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor revalidatie (dagbehandeling) en de zorg is niet gericht op een aandoening die staat vermeld op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), maar gericht op de bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling, dan heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Uw behandelend fysiotherapeut moet deze toestemming namens u aanvragen.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.2 Ergotherapie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op ergotherapie zoals ergotherapeuten die plegen te bieden gedurende maximaal tien behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapeut of de gespecialiseerde ergotherapeut, zoals een handergotherapeut of kinderergotherapeut, moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen;
- alle behandelingen eerstelijns ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren. Dit geldt ook voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de ergotherapeut direct toegankelijk.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.3 Logopedie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op logopedie zoals logopedisten die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen;
- van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht;
- de logopedist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbale logopedie of stotteren, moet de behandeling worden uitgevoerd door een logopedist die als zodanig staat ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw logopedist is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de logopedist direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?
- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid. Wanneer er alleen een achterstand is in het Nederlands, en dit is de tweede taal, dan is er geen sprake van een ontwikkelingsstoornis, maar van het leren van de tweede taal. Dit vergoedt Zorg en Zekerheid niet;
- logopedische behandelingen gegeven als logopedische ondersteuning binnen het onderwijs komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere logopedist. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.4 Diëtetiek
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op diëtetiek zoals diëtisten plegen te bieden met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- alle behandelingen diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren. Dit geldt ook voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de diëtist direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?
Diëtetiek voor de indicatie diabetes, astma, COPD of CVRM (Cardiovasculair Risico Management) kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep. Als u voor één van deze indicaties diëtetiek via de multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, dan valt dit onder de aanspraak ketenzorg in artikel 24. Voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek heeft u dan geen recht op de bovengenoemde drie behandeluren diëtetiek.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.5 Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op elektrische epilatie en/of laserbehandeling van de baard (gezicht en hals).

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op epilatie van romp en ledematen.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een daartoe bevoegde huidtherapeut;
- de huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?
Ja, voor deze zorg heeft u een verwijzing nodig van uw behandelend medisch specialist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor de vergoeding van meer dan in totaal tien sessies elektrische epilatie en/of laserbehandeling voor transseksuelen moet de behandelaar vooraf schriftelijke toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, als het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde en bekwame zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, geregistreerd-mondhygiënist en mondhygiënist.

Waar heb ik geen recht op?
- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Mondzorg buiten reguliere praktijk
Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg ter plaatse van waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
a. periodieke controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar, tenzij tandheelkundig meer keren per jaar nodig zijn;
b. incidenteel tandheelkundig consult;
c. tandsteen verwijderen;
d. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (grotemensentanden en -kiezen): maximaal twee keer per jaar, tenzij meer keren per jaar nodig is;
e. aanbrengen van fissuurlak (sealing);
f. parodontale hulp (weefsel dat de tand of kies in de kaak bevestigt);
g. verdoving (anesthesie);
h. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp), met uitzondering van uitwendig bleken;

i. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
j. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
k. chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
l. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
m uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).

Behandelingen en bijbehorende prestatiecodes die voor vergoeding bij de vrijgevestigde mondhygiënist of geregistreerd-mondhygiënist in aanmerking komen kunt u vinden in het document Vergoedingen vrijgevestigde mondhygiënisten of geregistreerd-mondhygiënisten op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Nee, voor verzekerden tot 18 jaar is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Waar heb ik geen recht op?
- kroon en brugwerk;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4;
- behandeling met myofunctionele apparatuur.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijkuren?
De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:
- aanbrengen van fissuurlak (sealing) bij melkelementen;
- het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**;
- het maken en beoordelen van een kaakoverzichtsfoto;
- het maken en beoordelen van een meerdimensionale kaakfoto;
- als de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

De zorgverlener dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de zorgverlener (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:
- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
a. chirurgische tandheelkundige hulp, uitgevoerd door een kaakchirurg, en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Hieronder vallen niet: parodontale chirurgie (tandvleesbehandelingen), het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties (kiezen trekken als dat ook door de tandarts gedaan kan worden);
b. uitneembare volledige gebitsprothesen (kunstgebitten) voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten (daartoe behoort ook het aanbrengen van de mesostructuur; drukknop of steg).

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de gebitsprothesezorg gelden de volgende eigen bijdragen:
- 25% van de kosten voor de volledige gebitsprothese, niet op implantaten;
- 10% van de kosten voor een reparatie of een rebasing van de (implantaatgedragen) gebitsprothese;
- 10% van het gemachtigde tarief voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak;
- 8% van het gemachtigde tarief voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:
- het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen in de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**;
- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, als de volledige prothese niet op implantaten (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- het maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- het maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's;
- alle zorg voor een prothese op implantaten;
- mesostructuur (drukknop of steg) alleen aan te vragen door een tandarts;
- het plaatsen van implantaten door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

De tandarts dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:
- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen
U kunt bijzondere mondzorg krijgen bij een ernstige aandoening waardoor u zonder die zorg uw tanden en kiezen niet voldoende kan gebruiken.

18.4.1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op tandheelkundige zorg als u:
- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of later gekregen afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
- een medische behandeling moet ondergaan, waarvan het resultaat mede afhankelijk is van tandheelkundige zorg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.2 Implantaten in een tandeloze kaak
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Wat zijn de voorwaarden?
- implantaten mogen alleen worden aangevraagd en geplaatst door een tandarts of kaakchirurg;
- de mesostructuur mag alleen worden aangevraagd en geplaatst door een tandarts;
- de prothese op implantaten mag alleen worden aangevraagd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op orthodontische zorg als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?
De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming aan Zorg en Zekerheid bevat ook een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

> Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf
Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:
a. een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
b. in afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (kronen en bruggen) alsmede tandheelkundige implantaten ter vervanging van:
- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd;

Of;
- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?
- de verzekerde is jonger dan 23 jaar;
- de noodzaak van de zorg is vastgesteld voordat de verzekerde 18 jaar is geworden;
- er is geen sprake van “Mondzorg in bijzondere gevallen” zoals bedoeld in artikel 18.4.1.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg zoals terug te vinden is op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deze apothekers staan ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet.
Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is en dat daadwerkelijk aan u is afgeleverd;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is. Dit geldt voor een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm dat niet eerder aan u ter hand is gesteld, of wanneer dit twaalf maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld;
- terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) indien het voor u noodzakelijk is om uw geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor een periode van een of meerdere weken te ontvangen. De apotheker toetst in dit kader of sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik op basis van medische-, farmaceutische- en patiëntinformatie. U heeft aanspraak op maximaal één beoordeling per jaar, tevens is deze vrijgesteld van uw eigen risico;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek wanneer daadwerkelijk een persoonlijk gesprek over de (gewijzigde) medicatie heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis indien er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt of direct na stoppen van de behandeling.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:

a. de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen zoals opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en voor zover deze zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid;

b. de vergoeding van merkloze geneesmiddelen. Zodra het patent van het merkgeneesmiddel verloopt komen er vergelijkbare merkloze geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen) op de markt. Vanaf dat moment – en dit kan ook gedurende het jaar zijn – heeft u uitsluitend recht op vergoeding van het merkloze geneesmiddel of het aangewezen voorkeursgeneesmiddel. De vergoeding van de voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid is beschikbaar op onze website en wordt maandelijks geactualiseerd op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. De geneesmiddelen binnen deze groepen zijn onderling uitwisselbaar. Bij geneesmiddelen binnen een productcategorie met dezelfde werkzame stof, sterkte en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Zorg en Zekerheid zijn aangewezen. Dit zijn de voorkeursgeneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen voorkeursgeneesmiddelen zijn aangewezen en welke voorkeursgeneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Reglement farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid. De meest actuele lijst met voorkeursgeneesmiddelen is beschikbaar op onze website. In de loop van 2021 kan Zorg en Zekerheid één of meer voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen of veranderen. Welke voorkeursgeneesmiddelen dit betreft kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. U heeft uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm vergoeden wij niet;

c. bij hoge uitzondering kan het voorkomen dat de behandeling met het generieke (merkloze) middel voor u medisch niet verantwoord is. Dan kunt u in aanmerking komen voor een vergoeding van het

merkgeneesmiddel. Uw arts dient op het recept te vermelden dat er sprake is van “medische noodzaak”. Om dit vast te stellen moet u, mits medisch aanvaardbaar tenminste twee generieke (merkloze) geneesmiddelen, naast het aangewezen voorkeursgeneesmiddel, over een langere periode uitgeprobeerd hebben. Daarbij moet door de apotheker in samenspraak met de arts, aangetoond zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken.
Uw arts mag alleen ‘medische noodzaak’ op het recept vermelden als hij deze kan onderbouwen. Indien de apotheker hieraan twijfelt zal hij contact opnemen met uw arts. Deze situatie kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer blijkt dat u niet eerder het voorkeursgeneesmiddel heeft gebruikt. Uw apotheker kiest op basis van het voorschrift en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel hij aan u meegeeft. Indien er twijfel blijft bestaan over de medische noodzakelijkheid, kan de apotheker ook via het formulier ‘Verzoek tot aanvraag herbeoordeling medische noodzaak’ contact opnemen met Zorg en Zekerheid voor een second opinion;

Voorkeursgeneesmiddelen en eigen risico
Zorg en Zekerheid kan de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.** De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplicht en vrijwillig eigen risico. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u vanwege ‘medische noodzaak’ een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel of indien het voorkeursgeneesmiddel niet beschikbaar is (‘logistieke noodzaak’ bij bijvoorbeeld geneesmiddelentekorten) dan komen de geneesmiddelen wel ten laste van uw eigen risico.

d. de vergoeding van geneesmiddelen in overige groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen, die niet onder het voorkeursbeleid vallen. Valt uw geneesmiddel binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen, waarvoor Zorg en Zekerheid geen voorkeursgeneesmiddel heeft aangewezen? Dan heeft u recht op een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs van het merkloze (generieke) geneesmiddel binnen de betreffende geneesmiddelengroep met een bandbreedte van 3%;

e. de vergoeding van maagzuurremmers en zelfzorggeneesmiddelen bij chronisch gebruik, mits deze zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door uw arts. Het recept moet de volgende elementen bevatten:
   - u langer dan zes maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
   - u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
   - het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.

   De eerste vijftien dagen komen de kosten van het gebruik van chronische zelfzorggeneesmiddelen, waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening. Het voorkeursbeleid is ook van toepassing op de vergoeding van deze geneesmiddelengroepen. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid voor enkele groepen onderling uitwisselbare zelfzorggeneesmiddelen een voorkeursgeneesmiddel aanwijst. De overige geneesmiddelen binnen dezelfde groep met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm worden niet vergoed;

f. apotheekbereide geneesmiddelen op recept, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek bestelt deze bij een andere apotheek. In het laatste geval wordt het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld. Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld middels een lijst op www.znformulieren.nl;

g. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderling uitwisselbare apotheekbereidingen. Voor deze groep geldt een maximale vergoeding aan de zorgaanbieder, die is gebaseerd op de laagste prijs zoals vermeld in de openbare apotheekprijslijst, met een bandbreedte van 3% van de laagste prijs. De maximale prijs kan niet hoger zijn dan de bereidingskosten als de apotheek zelf de medicatie maakt;

h. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;

i. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

j. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is

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;

k. een geneesmiddel, zoals bedoeld in 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.

Wat zijn de voorwaarden?

a. tenzij Zorg en Zekerheid anders heeft afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts, dienen de geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen deze ter hand gesteld te worden door een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en is mogelijk vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Dit is opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg, de algemene formulieren zijn beschikbaar gesteld op: www.znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsenverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsenverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen. Indien vooraf toestemming is vereist zal uw voorschrijver toestemming voor behandeling aan Zorg en Zekerheid vragen;
c. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
   - maximaal vijftien dagen of de kleinste handelsverpakking voor een nieuw geneesmiddel;
   - minimaal drie maanden en voor maximaal twaalf maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,00 inclusief btw per maand. Indien het een geneesmiddel betreft dat is opgenomen in de Opiumwet – benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica – dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand. Dit geldt niet voor geneesmiddelen uit de groep antidepressiva en geneesmiddelen bij ADHD;
   - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in het buitenland tot maximaal drie maanden of indien sprake is van geneesmiddelen voor de behandeling van HIV;
   - redenen om geneesmiddelen voor een kortere periode te leveren zijn beperkte houdbaarheid van het geneesmiddel of het geneesmiddel is beperkt beschikbaar (bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten);
   - voor anticonceptiva heeft u alleen de eerste keer een recept nodig. Indien het orale anticonceptiva betreft: levering van maximaal twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
   - voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig;
   - bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een maximale periode van vijftien dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafspraak worden gemaakt;
   - minimaal één maand voor alle andere gevallen.

Waar heb ik geen recht op?

a. U heeft geen recht op farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
   - voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
   - advies farmaceutische zelfzorg;
   - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
   - advies ziekterisico bij reizen;
   - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties.
b. geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
d. geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
e. geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
f. de vergoeding van sommige combinatieproducten. Een combinatieproduct bevat meerdere werkzame stoffen in een toedieningsvorm (tablet/inhalator). Dan worden in dit geval alleen de losse geneesmiddelen van de betreffende werkzame stoffen (bijvoorbeeld in aparte tabletten) vergoed. Gedurende het jaar kan Zorg en Zekerheid wijzigingen doorvoeren, deze zijn te vinden op de website op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op: **zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen**;
- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op **zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen**.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Daarbij stelt de minister ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen. Dit deel is uw eigen bijdrage en is gemaximeerd op € 250,00 per kalenderjaar. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven dit bedrag worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.3 Dieetpreparaten
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) voor medisch gebruik en het daarbij behorende advies en de begeleiding, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:
- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:
- de eerste levering met startpakket met daarin – indien dit therapeutisch mogelijk is – meerdere smaken voor maximaal twee weken. Wanneer de verbruiksperiode korter is dan twee weken, wordt de duur van het startpakket daarop aangepast;
- eventuele (automatische) vervolgafleveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling.

Wat zijn de voorwaarden?:
- het landelijke ZN-formulier voor dieetpreparaten dient te zijn ingevuld door een diëtist of (huis)arts en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder kan het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten terugvinden op www.znformulieren.nl;
- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag;
- de vergoeding van dieetpreparaten na één maand;
- de vergoeding van zuigelingenvoeding na één maand.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 20 Hulpmiddelen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak of vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.

In het Reglement Hulpmiddelen zijn onder meer bepalingen te vinden over:
- de eventueel benodigde verwijzing met vermelding van de indicatie en, indien een verwijzing nodig is, van wie deze verwijzing afkomstig moet zijn;
- de eventueel benodigde voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid (met betrekking tot eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- de gebruikstermijn van het hulpmiddel;
- de gebruiksaantallen in het geval van verbruiksmiddelen;
- het in eigendom dan wel in bruikleen verstrekken van het hulpmiddel;
- de maximale vergoedingen en wettelijke eigen bijdragen;
- aan welke kwaliteitseisen de zorgaanbieder moet voldoen die het hulpmiddel levert.

Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Wat zijn de voorwaarden?
Het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid.

Waar heb ik geen recht op?
- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz-instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling
Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:
- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?
Het betreft ziekenvervoer:
a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
   - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
   - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
e. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen) indien u komt van een zorgverlener of instelling, zoals bedoeld onder a t/m d.

Wat moet ik nog meer weten?
Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?
- u komt uitsluitend in aanmerking voor ziekenvervoer indien:
  a. u nierdialyse moet ondergaan;
  b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  c. u naar en van consulten, onderzoek en controles moet gaan die voor de hierboven in sub a en b genoemde behandelingen noodzakelijk zijn;
  d. u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en de hardheidsclausule van toepassing is. Wanneer u voldoet aan de hardheidsclausule valt ook het zittend ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling hieronder;
  e. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
  f. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
  g. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
  h. u geriatrische revalidatiezorg ontvangt;
  i. u dagbehandeling als onderdeel van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking moet ondergaan (vallend onder geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)).
- het moet verder gaan om ziekenvervoer:
  a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
  b. naar een persoon bij wie of een instelling waarin u zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
  c. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) zal gaan verblijven;
  d. vanuit een Wlz-instelling naar:
     1. een persoon bij wie of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
     2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz wordt verstrekt;
  e. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen) indien u komt van een zorgverlener of instelling, zoals bedoeld onder a t/m c.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- voor vervoer per taxi dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- als het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer;
- voor een tegemoetkoming in de kosten voor logeren heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.

Wat moet ik nog meer weten?
- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,32 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de ‘kortste route’ volgens de ANWB routeplanner (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner);
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- de verzekerde kan een beroep doen op de hardheidsclausule als hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, met een verklaring van de behandelend arts;

- op verzoek van de verzekerde kan er een tegemoetkoming in de kosten voor logeren (maximaal € 76,50 per nacht) verstrekt worden in plaats van een vergoeding voor vervoer. Een vergoeding voor logeren is uitsluitend mogelijk indien u voldoet aan de gestelde voorwaarden onder punt 21.3 en het vervoer van en naar een instelling ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is. Voor de heen- en terugreis bestaat er bij logeren wel aanspraak op zittend ziekenvervoer.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

Als u voldoet aan de genoemde voorwaarden zoals genoemd in artikel 21.3 dan kunt u zittend ziekenvervoer op de volgende manier aanvragen:

- voor vervoer per openbaar vervoer of eigen vervoer kunt u een vergoeding aanvragen voor de kosten door het declaratieformulier Eigen vervoer en openbaar vervoer in te dienen bij Zorg en Zekerheid. Vergeet niet een kopie van uw afsprakenkaart mee te sturen met het formulier. Wij zullen beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden voor het zittend ziekenvervoer en op basis hiervan de vergoeding voor de vervoerkosten berekenen;
- wanneer (rolstoel)taxivervoer noodzakelijk is, kunt u toestemming vragen door contact op te nemen met de Vervoerslijn via telefoonnummer (071) 5 825 700. De medewerker van de Vervoerslijn zal telefonisch beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Indien u toestemming heeft gekregen van de Vervoerslijn om gebruik te maken van (rolstoel)taxi kunt u contact opnemen met Zorgvervoercentrale Nederland (ZCN), telefoonnummer (010) 280 81 88, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

Als u niet voldoet aan de gestelde voorwaarden onder artikel 21.3 maar u wenst op grond van de hardheidsclausule in aanmerking te komen voor zitten ziekenvervoer, dan kunt u een aanvraag hiervoor indienen met behulp van het aanvraagformulier Zittend Ziekenvervoer (**zorgenzekerheid.nl/brochures**).

Voor het aanvragen van een tegemoetkoming in de kosten voor het logeren kunt u gebruikmaken van het aanvraagformulier Logeervergoeding (**zorgenzekerheid.nl/brochures**).

Wanneer u gebruik maakt van eigen of openbaar vervoer, wordt de aanspraak voor zittend ziekenvervoer achteraf aan de hand het declaratieformulier Eigen vervoer en openbaar vervoer en de afsprakenkaart getoetst. Voor vragen over eigen vervoer en openbaar vervoer kan de verzekerde contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 108,00 per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdrage geldt niet voor:

- het vervoer van en naar zorginstellingen die gefinancierd worden op grond van de zorgverzekering of de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het betreft het vervoer van de instelling waar u bent opgenomen naar de instelling waar u een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ondergaat, alsmede de terugreis naar uw verblijfsinstelling;
- het vervoer van en naar instellingen die op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering worden gefinancierd. Het betreft het vervoer van de instelling waar u bent opgenomen naar een persoon of instelling waar u een tandheelkundige behandeling op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering ondergaat, alsmede de terugreis naar uw verblijfsinstelling;
- het vervoer zoals genoemd onder a en b is noodzakelijk omdat het specialistisch onderzoek, de specialistische behandeling of de tandheelkundige behandeling niet geboden kan worden in de instelling waar u verblijft;
- de vergoeding van logeerkosten. Voor de heen- en terugreis bij logeren betaalt u wel de eigen bijdrage.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten als sprake is van openbaar vervoer of eigen vervoer, dient u het declaratieformulier ‘eigen vervoer en openbaar vervoer’ in te vullen en dit samen met uw nota‘s en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 4.1.1 onder e.

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op (naar keuze):
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op! Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?
Voor intramurale zorg (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen en psychiaters als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vijf prestaties, namelijk: kort, middel, intensief, chronisch en onvolledig behandeltraject.

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ in een vrije vestiging geleverd door de volgende regiebehandelaren:
a. een gezondheidszorgpsycholoog;
b. een psychotherapeut;
c. een klinisch (neuro)psycholoog;
d. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
   - een kinder- en jeugdpsycholoog;
   - een orthopedagoog generalist.

Mocht u Generalistische Basis GGZ ontvangen in een GGZ-instelling dan kan de voorgaande lijst van regiebehandelaren aangevuld worden met:
- de verpleegkundig specialist GGZ;
- de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (als dementie de hoofddiagnose is);
- de verslavingsarts in profielregister KNMG (als verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is).

Wat zijn de voorwaarden?
- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
  a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
  b. het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
  c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.

- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Waar heb ik geen recht op?
De zorg omvat niet:
- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.2;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit zich uit in eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Heb ik een verwijzing nodig?
Voor de Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:
- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (Generalistische Basis GGZ);
- naam, functie en AGB-code van de verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk negen maanden geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

23.2 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op Gespecialiseerde GGZ zoals een psychiater en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar. De zorg omvat niet de Generalistische Basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1.

Wat zijn de voorwaarden?
- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar;
- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
  a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
  b. het vaststellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
  c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
  a. de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;
  b. het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
  c. zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;

d. de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;
e. goede communicatie met de patiënt en diens naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
f. het afsluiten van de behandeling conform de DBC-spelregels.

- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. Deze regeling kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**;
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Heb ik een verwijzing nodig?
Voor de Gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg/crisiszorg.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:
- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (Gespecialiseerde GGZ);
- naam, functie en AGB-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan negen maanden ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen negen maanden na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden u op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

23.2.1 Klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- opname in een GGZ-instelling, een instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste drie jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen). Onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?
- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar. Bij klinische specialistische GGZ zijn dat:
  a. de psychiater in alle gevallen;
  b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
  c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  e. de GZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend

karakter of de noodzaak tot opname. Dit alles op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);

f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO), de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
   - een kinder- en jeugdpsycholoog;
   - een orthopedagoog generalist.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- een intelligentieonderzoek dat geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen van niet-geneeskundige aard;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**;
- gespecialiseerde (verslavings)zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft;
- opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor specialistische GGZ met verblijf. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:
  a. een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
  b. de klinische opname-indicatie, die is vastgesteld door een psychiater of een klinisch psycholoog;
  c. het voorgestelde geneeskundige behandelplan opgesteld door een psychiater of een klinisch psycholoog, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
  d. de namen van de zorgverleners, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
  e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
  f. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.
- voor verblijf dat (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, (tweede en derde jaar verblijf) moet, voor het voortzetten van het verblijf, vooraf, te weten uiterlijk twee maanden voor afloop van het eerste verblijfsjaar, schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

In de toestemmingsaanvraag moet de motivatie voor de noodzaak van verblijf worden vastgelegd, evenals het zorgzwaartepakket en een indicatie van de verwachte duur van het voortgezet verblijf. In individuele gevallen kan de adviserend geneeskundige verzoeken om inzage in het behandelplan. Er dient een checklist LGGZ aanwezig te zijn die de indicatie tot langdurige GGZ aangeeft. Een dergelijke checklist LGGZ kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

23.2.2 Ambulante gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op gespecialiseerde GGZ:

- in een vrije vestiging door één van de volgende regiebehandelaren:
  a. psychotherapeut;
  b. klinisch (neuro)psycholoog;
  c. psychiater.
- in een GGZ-instelling door één van de volgende regiebehandelaren:
  a. de psychiater in alle gevallen;
  b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
  c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  e. de GZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname. Dit alles op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
  i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO):
     - een kinder- en jeugdpsycholoog;
     - een orthopedagoog generalist.

Wat zijn de voorwaarden?

De zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- een intelligentieonderzoek dat geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen van niet-geneeskundige aard;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Deze adviezen kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor ambulante specialistische GGZ. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:

a. een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
b. de indicatie (de onderbouwing dat u aangewezen bent op specialistische GGZ) inclusief DSM-5-diagnose zoals vastgesteld door de geneeskundig behandelaar;
c. het voorgestelde geneeskundige behandelplan zoals opgesteld door de geneeskundig behandelaar en vastgesteld door de regiebehandelaar, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
d. de zorgverleners en diens beroep, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
e. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg, ook wel ketenzorg genoemd, als u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Waar heb ik geen recht op?
Zelfmanagementcursussen (niet door een huisarts of praktijkondersteuner gegeven) vallen uitdrukkelijk niet onder de keten. Deze zorg wordt vergoed in sommige van onze aanvullende verzekeringen.

Wat zijn de voorwaarden?
De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website **zorgenzekerheid.nl**. Onder het kopje Zorg en gezondheid en vervolgens onder ketenzorg is het overzicht te vinden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen die plegen te bieden aan verzekerden met diabetes mellitus type 1 of 2. Deze zorg kan geleverd worden door podotherapeuten en/of door pedicures in opdracht van een podotherapeut. Deze zorg kan zowel binnen de ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?
- er moet sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg;
- er moet sprake zijn van minimaal een Zorgprofiel 2. Uitzondering hierop is de jaarlijkse voetcontrole, waarvoor een Zorgprofiel 1 als minimum geldt;
- de zorg moet worden verleend door een podotherapeut of pedicure die onder contract staat van een podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl**;
- de podotherapeut dient geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 25 Stoppen met roken

Waar heb ik recht op?
Deze zorg omvat geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. U heeft recht op geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van het programma. U kunt het programma alleen volgen of in een groep.

Wat zijn de voorwaarden?
- u heeft recht op één stoppen-met-roken-programma per kalenderjaar;
- de zorgaanbieder moet in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken vermeld staan.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op (extramurale) zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:
- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op:
- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:
Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).
- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.
- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:
- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutienota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging** bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging**;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutienota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

> Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;

- de GLI moet erkend zijn op het niveau effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM en moet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op:
- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- gecombineerde leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM en/of niet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts, internist of cardioloog.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 29 Second opinion

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het vragen van een beoordeling over een bij u gestelde diagnose/voorgestelde behandeling of gestelde indicatie wijkverpleging, door een tweede onafhankelijk:
- arts;
- andersoortige zorgverlener (zoals een psychotherapeut of klinisch psycholoog);
- BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige (indicatie wijkverpleging).

Wat zijn de voorwaarden?
- de second opinion heeft betrekking op zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 t/m 2.15 van het Besluit zorgverzekering;
- de betrokken zorgverleners zijn werkzaam in hetzelfde vakgebied;
- u keert met de second opinion terug naar de eerst geconsulteerde zorgverlener die de regie houdt over de behandeling.

Waar heb ik geen recht op?
- behandeling door de tweede onafhankelijk arts of zorgverlener zonder eerst terug te keren naar de eerst geconsulteerde zorgverlener;
- een second opinion die wordt aangevraagd ten behoeve van een civiele procedure of medische keuring voor een rijbewijs.

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw behandelaar. Bij wijkverpleging is geen verwijzing nodig.

Rubriek C Informatie

Heeft u vragen? Op **zorgenzekerheid.nl** vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen op (071) 5 825 825. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polisgegevens te raadplegen en (indien van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ of via de Zorg en Zekerheid app uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via **zorgenzekerheid.nl/mijnzz**.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

U kunt uw nota's op de volgende manieren indienen:

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ (**zorgenzekerheid.nl/mijnzz**) of dien uw declaratie in via de Zorg en Zekerheid **declaratie-app** (gratis te downloaden via de App Store of Google Play Store);
  Of;
- schrijf uw relatienummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een voldoende gefrankeerde enveloppe aan:

  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid. Voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- indien u een nota heeft geüpload dient u de originele nota minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek B Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenlandnota vergoed?

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte geneeskundige kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via **zorgenzekerheid.nl/brochures** of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier voldoende gefrankeerd opsturen naar:

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Postbus 428
2300 AK LEIDEN

Eén IBAN

Bij declaraties is het niet nodig uw IBAN te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties zoveel mogelijk hetzelfde IBAN als voor de incasso of betaling van de premies. Dit IBAN staat vermeld op uw polisblad.



Polisvoorwaarden 2021

Aanvullende verzekeringen

Gemeenten

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

Begripsomschrijving 5

Aanvullende verzekeringen 15

Rubriek A Omvang dekking 15

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen 15
Artikel 2 Oogzorg 16
Artikel 3 Buitenland 16
Artikel 4 Farmaceutische hulp 19
Artikel 5 Geboortezorg 20
Artikel 6 Herstel en verblijf 22
Artikel 7 Huidtherapie 24
Artikel 8 Hulpmiddelen 26
Artikel 9 Medisch-specialistische hulp 28
Artikel 10 Paramedische behandelingen 29
Artikel 11 Preventie 34
Artikel 12 Psychologische zorg 35
Artikel 13 Tandheelkundige hulp 36
Artikel 14 Overige 38

Rubriek B voorwaarden aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid 41

1. Algemene bepalingen 41
2. Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering 42
3. Premie 43
4. Wijziging premie en voorwaarden 44
5. Overige bepalingen 44

Rubriek C Informatie 47

Begripsomschrijvingen

Arts
Een arts die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Basisverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar.

Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum bijzondere tandheelkunde
Een universitair of daarmee door Zorg en Zekerheid gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Centrum voor medisch-specialistische zorg
Een instelling voor medisch-specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Collectiviteit
Een groep van personen, wiens belangen worden behartigd door een werkgever of een rechtspersoon, en waarvoor een collectiviteitsovereenkomst tussen Zorg en Zekerheid en die werkgever of rechtspersoon van kracht is.

Dagbehandeling
Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Dienstenstructuur
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist
Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Eigen bijdrage
Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut
Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat
Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg
Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake bloedvoorziening van toepassing is.

Fleboloog/proctoloog
Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude
Onder fraude wordt in ieder geval verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum
Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gebruiker
- Een bestaande gebruiker heeft:
  a. eerder de betreffende vergoeding gebruikt én heeft de aanvullende verzekering niet gewijzigd; of
  b. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu weer met dezelfde aanvullende verzekering als de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.
- Een nieuwe gebruiker heeft:
  a. nog nooit de betreffende vergoeding gebruikt; of
  b. de betreffende vergoeding wel eerder gebruikt maar heeft de aanvullende verzekering gewijzigd; of
  c. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu met een andere aanvullende verzekering dan de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.

Gecontracteerde zorg
De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een (zorg-)verzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Generalistische Basis GGZ
Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Geregistreerd-mondhygiënist
De geregistreerd-mondhygiënist voldoet aan de volgende voorwaarden:
- heeft de huidige vierjarige opleiding tot mondzorgkundige afgerond met een diplomadatum van 2006 of later;
- heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken gemaakt met een tandarts over de achterwacht (o.a. over nazorg en pijnklachten);
- is opgenomen in het tijdelijke BIG-register, experimenteerartikel 36a;
- is in het bezit van het certificaat toezichthoudend medewerker stralingsbescherming.

Geriatrie fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatrie fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als geriatrie fysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatrie oefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als geriatrie oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Gespecialiseerde GGZ
Diagnostiek en behandeling van (zeer) complexe psychiatrische aandoeningen. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling.

Gezin
Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid
Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Gezondheidszorgpsycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GeZZondcheck
Met de geZZondcheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GVS-eigen bijdrage
Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een onderdeel in de aansprakenregelingen van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die in het GVS staan geregistreerd worden vanuit de basisverzekering door de zorgverzekeraars vergoed. Voor sommige geneesmiddelen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage.

GGD-arts
Een arts die in opdracht van de gemeentelijke gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Handergotherapeut
Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als handergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Hospice
Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut
Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut’, dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen
De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg
De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging
Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:
- het door hormonale behandeling bevordering van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo’s in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van embryo(’s) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdarts
Arts die als jeugdarts KNMG is ingeschreven in het door het College Geneeskundige Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ingestelde profielregister jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg
Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Ketenzorg
De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website **zorgenzekerheid.nl**.

Kind
Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderergotherapeut
Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als kinderergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het, Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als kinderfysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderoefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraambureau of kraamcentrum
Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg
De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Lactatiekundige
Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Leefstijlcoach
De leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach gaat hierbij expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Doel is dat mensen een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. De leefstijlcoach is geregistreerd als leefstijlcoach in het register van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland of het betreffende register binnen de registratie voor paramedici.

Lichamelijke functiestoornissen
Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist
Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige
Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als manueel therapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als manueel therapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg
De onbetaalde zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en buren.

Marktconform bedrag/tarief
Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag, in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag, niet onredelijk hoog is.

Medisch adviseur
De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak
De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke repatriëring
Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch specialist
Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Model kwaliteitsstatuut GGZ
In het model kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ moeten hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist
Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid alsmede het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als oedeemtherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck
Een oefentherapeut Cesar/Mensendieck die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Ongeval
Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door Zorg en Zekerheid de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen.

Opname
Opname in instelling, indien en zolang op medische gronden de verzekerde zorg uitsluitend in een instelling kan worden geboden.

Optometrist
Paramedicus die, al dan niet onder supervisie van een oogarts, controles, metingen en verschillende aanvullende onderzoeken doet aan de ogen.

Orthodontie
Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Orthopedagoog
Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Orthoptist
Paramedicus die stoornissen diagnosticeert en behandelt in de samenwerking en ontwikkeling van de ogen.

Overgangsconsulent(e)
Een overgangsconsulent(e) met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner
De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)
De pedicure dient opgenomen te zijn in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP), het Register Paramedische Voetzorg (RPV) of het Kwaliteitsregister voor Medisch Voetzorgverleners (KMV). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV) en/of ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure of paramedisch chiropodist is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie
Een samenhangende verzameling van op verschillende personen betrekking hebbende persoonsgegevens, die langs geautomatiseerde weg wordt bijgehouden of - met het oog op een doeltreffende raadpleging van die gegevens - systematisch is aangelegd.

Physician assistant (PA)
Een physician assistant die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Een physician assistant (PA) kan zelfstandig taken van de arts overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, het opstellen van een behandelplan, maar ook heelkundige handelingen zoals operaties, pacemakerimplantaties, endoscopieën, zenuwblokkades en het plaatsen van een centraal veneuze katheter (CVC).

Podoposturale therapeut
Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo-/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of als psychosomatisch fysiotherapeut staat geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie.

Psychosomatisch oefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychotherapeut
Een psychotherapeut die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Psychiater
Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Rationele farmacotherapie
Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt.

Redelijke afstand
Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Regiebehandelaar
Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-faceconsult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Registerpodoloog
Een podoloog die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ).

Revalidatie
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een bij of krachtens de bij Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist
Een schoonheidsspecialist die aangesloten is bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Specialistische hulp
Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket
Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts
Een tandarts, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus
Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Tandtechnicus
Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde
Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket
Een kraampakket dat naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd een aantal nuttige extra’s bevat.

Verbijzonderd fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de fysiotherapie.

Verbijzonderd oefentherapeut
Een oefentherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de oefentherapie.

Verblijf
Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verloskundige
Een verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verminking
Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Verpleegkundige
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verzekering
De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur
Duur van de verzekering die men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst
De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wachttijd orthodontie
De verzekerde die behandeld wordt voor orthodontie moet minstens twaalf maanden voorafgaand aan de behandeling aansluitend aanvullend verzekerd zijn bij ons voor orthodontie om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding.

Welzijnsorganisatie
Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid
De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wijkverpleging
Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wlz
Wet langdurige zorg.

Wmg-tarief
Het tarief zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.

Ziekenhuis
Een centrum voor medisch-specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zintuigelijk gehandicapt
Iemand met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zittend ziekenvervoer
Het vervoer per openbaar vervoer, auto of taxi anders dan in een ambulance waar verzekerden, ingevolge de Zorgverzekeringswet aanspraak op kunnen maken.

Zorghotel en herstellingsoord
Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is. Eerstelijnsverblijf valt hier niet onder.

Zorgpolis
De (elektronische) akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Zorgzwaartepakket (ZZP)
Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP's te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP's voor Langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Rubriek A Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de aanspraken en/of de vergoedingen waarop u, als verzekerde, recht heeft. In de artikelen is aangegeven onder welke voorwaarden en tot welk bedrag er maximaal recht op vergoeding bestaat. De Ledenraad heeft dit besloten op 29 oktober 2020. De vergoedingen voor de (medische) kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de (medische) kosten volgens het in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde tarief. Als er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de (medische) kosten volgens de tarieven die staan op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
Onder kosten wordt verstaan de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:
- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
    - acupunctuur;
    - antroposofie;
    - chiropractie;
    - craniosacraaltherapie;
    - haptotherapie;
    - (klassieke) homeopathie;
    - manuele geneeskunde;
    - natuurgeneeskunde;
    - orthomoleculaire geneeskunde;
    - osteopathie;
    - shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Geneesmiddelen:
- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts, die als zodanig staat geregistreerd in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op www.cbg-meb.nl. Het kan ook een middel van één van de volgende fabrikanten zijn: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg® of Dolyssos®.

Behandelwijzen:
- uw behandelaar moet voor de betreffende behandeling een geldige persoonlijke AGB-code hebben (deze kunt u vinden op www.agbcode.nl via ‘Zoeken in AGB-register’ onder ‘kwalificaties’);
- uw behandelaar moet voor de betreffende behandeling aangesloten zijn bij een door ons aangewezen beroepsvereniging. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Kijk voor de volledige lijst van door ons aangewezen beroepsverenigingen per behandeling op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**;
- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts. Deze staat als zodanig geregistreerd in artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), en is niet uw eigen huisarts. Deze arts heeft daarnaast de aanvullende opleiding van de betreffende alternatieve behandelwijze afgerond.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
100% tot maximaal € 115,00	100% tot maximaal € 500,00 max. € 40,00 per dag per behandeling. Geneesmiddelen 100% binnen het maximum

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen per drie kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de vergoeding kan vaker plaatsvinden, als er sprake is van medische noodzaak. Er dient dan wel vooraf een goedkeuring van Zorg en Zekerheid te zijn afgegeven;
- zonnebrillen zijn uitgesloten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur samen.

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
Montuur, enkelvoudige glazen en lenzen maximaal € 230,00 per bril. Montuur en multifocale glazen en lenzen maximaal € 470,00 per bril

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
Gratis bril op sterkte bij SpecSavers uit de speciale selectie (lees de voorwaarden aldaar)

2.2 Ooglaseren

Wat wordt er vergoed?
Eenmalig de kosten voor het ooglaseren, ongeacht of één of twee ogen worden behandeld.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vergoeding in onderstaande tabel is éénmalig voor de gehele duur van de verzekering. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor het ooglaseren niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	(eenmalig) maximaal € 200,00

Artikel 3 Buitenland

3.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD-lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR), zie www.lcr.nl;
- het Reglement Farmaceutische zorg is ook hier van kracht, zie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Welke kosten worden niet vergoed?
- laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie;
- niet-nagekomen afspraken.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	75% maximaal € 100,00

3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden vergoed als:
- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd.

De vergoeding is per kalenderjaar.

3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Voor landen buiten Europa (zoals de Verenigde Staten) wordt aangeraden een reisverzekering af te sluiten met dekking voor geneeskundige kosten.

3.3.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:
- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;

- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,32 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- fysiotherapiebehandelingen van een chronische aandoening fysiotherapie, die reeds gestart zijn in Nederland;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel Wmg-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

3.3.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?
Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
Maximaal € 345,00

3.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het betreft:
- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde, respectievelijk overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland;
- medisch noodzakelijke begeleiding bij de hiervoor vermelde repatriëring;
- de toezending van geneesmiddelen voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De geneesmiddelen moeten dringend noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt.

Tevens worden de repatriëring, de begeleiding en de toezending van geneesmiddelen, na vooraf verleende goedkeuring, door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale uitgevoerd.

Welke kosten worden niet vergoed?
Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100%

3.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:
- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100%

3.4 Uitsluitingen
Welke kosten worden niet vergoed?
Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:
a. verblijf in een land waarvoor het reisadvies code oranje of code rood van het Ministerie van Buitenlandse Zaken geldt (zie www.nederlandwereldwijd.nl), tenzij u bij code oranje kunt aantonen dat het verblijf noodzakelijk was (en dus in ieder geval geen vakantie betrof) óf het reisadvies is veranderd tijdens uw verblijf en u direct bij de eerste mogelijkheid daartoe, ongeacht de benodigde kosten, terug naar Nederland afreist; ;
b. kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, toerskiën, gletsjerskiën, gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
c. kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielerwedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden en sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
d. indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
e. kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
f. kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
g. kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
h. kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

3.5 Zuurstof op vakantie
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva
Wat wordt er vergoed?
De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.2 Maagzuurremmers
Wat wordt er vergoed?
Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% maximaal € 35,00

Artikel 5 Geboortezorg

Alleen (vrouwelijke) verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket
Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U dient het kraampakket uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te vragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer (071) 5 825 555) of **zorgenzekerheid.nl** (zoek op kraamzorg). Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan zes maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Standaard kraampakket	Uitgebreid kraampakket

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% voor kraamzorg en 100% tot maximaal € 262,00 voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie

5.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Verlengde kraamzorg na de tiende dag na de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het kraambureau stelt de indicatie vast in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- de verlengde kraamzorg moet aansluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal tien dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van couveusezorg. Het kraambureau moet in overleg met de verloskundige de medische noodzaak vaststellen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- u kunt tot maximaal zes weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan zes maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van zes weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.4 Borstkolf

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een borstkolf of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een borstkolf.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Maximaal € 40,00	Maximaal € 75,00

5.5 Zwangerschapscursus

Wat wordt er vergoed?
De kosten van het volgen van een zwangerschapscursus per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de cursus vindt plaats tijdens de zwangerschap en dient ter voorbereiding op de bevalling;

Of;
- de cursus dient ter bevordering van het fysieke herstel en vindt plaats tot maximaal zes maanden na de bevalling.

De cursus wordt georganiseerd door:
- een kraamzorginstelling;
- een thuiszorgorganisatie;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij, en voldoet aan de kwaliteitseisen van, de vereniging Samen Bevallen;
- een verloskundige;
- een fysiotherapeut;
- een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een (kopie)bewijs van deelname overleggen waarop de kosten staan vermeld.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 100,00

5.6 Borstvoedingscursus

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor het volgen van de 'Zorg en Zekerheid borstvoedingscursus' per verzekerde, per kalenderjaar. Hiervoor kunt u zich aanmelden via **zorgenzekerheid.nl/borstvoedingscursus**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 20,00

Artikel 6 Herstel en verblijf

6.1 Herstellingsoord, zorghotel en hospice

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord, zorghotel of hospice in Nederland. De kosten voor een thuiszorgconsult vanuit de hospice vallen ook onder deze vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Het herstellingsoord of zorghotel dient te zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten van verblijf in verzorgingshuizen/woonzorgcentra die niet op de lijst met goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels staan.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Maximaal € 35,00 per dag tot maximaal € 1.050,00	Maximaal € 50,00 per dag tot maximaal € 1.500,00

6.2 Kuurreizen
Als u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica heeft, dan kunt u in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van een kuurreis.

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen éénmaal in de twee kalenderjaren de reis-, verblijf- en behandelkosten van minimaal een tweeweekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kuurreis moet zijn georganiseerd door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft gemaakt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.050,00

6.3 Logeerhuis
Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland. De vergoeding geldt per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
Maximaal € 15,00 per dag

6.4 Therapeutisch kamp voor jongeren
Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar met o.a. CARA, diabetes mellitus (suikerziekte), cystic fibrosis, kanker of obesitas kunnen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van verblijf en behandeling in een therapeutisch kamp.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een door Zorg en Zekerheid aangewezen patiënten(belangen)organisatie. Een lijst van door Zorg en Zekerheid aangewezen organisaties kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
50% tot maximaal € 350,00	100% tot maximaal € 350,00

6.5 Mantelzorg

6.5.1 Vervangende mantelzorg

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg tijdens de vakantie van de reguliere mantelzorger(s) per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vervangende mantelzorg moet worden geregeld en gedeclareerd door de Stichting Handen in Huis of de Mantelaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	Tot maximaal 3 weken

6.5.2 Mantelzorgmakelaar

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van een mantelzorgmakelaar, per verzekerde, per kalenderjaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ontlast de mantelzorger ten aanzien van de regeltaken rondom de zorg, financiën en welzijn. Dit om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent;
- de mantelzorgmakelaar is een zelfstandig werkende mantelzorgmakelaar;
- de mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten voor de mantelzorgmakelaar wanneer u mantelzorg ontvangt.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 250,00

Artikel 7 Huidtherapie

7.1 Acnebehandeling

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acne per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of door een bij ANBOS aangesloten schoonheidsspecialist die voor acnebehandeling vermeld staat op de website van de ANBOS;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandelingen worden uitgevoerd conform het document zorgprofielen integrale Acnetherapie, zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapie;
- het zorgprofiel dient vermeld te worden op de nota;
- behandelingen voor zorgprofiel 0 worden niet vergoed;
- behandelingen door een schoonheidsspecialist komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien het zorgprofiel 1 betreft.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 200,00

7.2 Camouflagetherapie

Wat wordt er vergoed?

Bij camouflagetherapie komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van de behandeling, de instructielessen en de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of door een bij ANBOS aangesloten schoonheidsspecialist die voor de camouflagebehandeling vermeld staat op de website van de ANBOS;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- u moet beschikken over een verwijzing van een huisarts, die op verzoek aan Zorg en Zekerheid moet worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 115,00

7.3 Dermatografie (medische tatoeage)

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- u moet beschikken over een verwijzing van een medisch specialist, die op verzoek aan Zorg en Zekerheid moet worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 200,00

7.4 Elektrische epilatie of laserontharing

Wat wordt er vergoed?

Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van elektrische epilatie of laserontharing. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor elektrische epilatie of laserontharing niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of door een bij ANBOS aangesloten schoonheidsspecialist die voor deze behandeling vermeld staat op de website van de ANBOS;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- u moet een beschikken over een verwijzing van een huisarts en deze meesturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Bestaande gebruikers	100% tot maximaal € 550,00	100% tot maximaal € 1.100,00
Nieuwe gebruikers vanaf 2018	100% tot maximaal € 550,00	100% tot maximaal € 600,00

7.5 Voetverzorging voor verzekerden met diabetes of reumapatiënten

Verzekerden met diabetes of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar. Bij een verzekerde met diabetes type 1 en type 2 komt voetverzorging voor vergoeding in aanmerking bij Zorgprofiel 1.

Wat wordt er niet vergoed?
- voetzorg bij de indicatie artrose;
- de jaarlijkse voetcontrole (deze wordt vanaf zorgprofiel 1 vergoed uit de basisverzekering);
- cosmetische zorg, zoals eelt verwijderen of nagels knippen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden uitgevoerd door:
- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een (medisch) pedicure die is opgenomen in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP), het Register Paramedische Voetzorg (RPV) of het Kwaliteitsregister voor Medisch Voetzorgverleners (KMV). De pedicure moet in het bezit zijn van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 250,00

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:
- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een pruik;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel bij een gecontracteerde aanbieder, de maximale vergoeding geldt per oor;
- een steunpessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?
- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- de kosten van de eigen bijdrage van een hoortoestel bij een niet-gecontracteerde aanbieder;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigingsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard
- voor een prothese-bh en plakstrip: 100% tot maximaal € 35,00 - voor pruiken, hoortoestellen en steunpessarium tezamen: 100% tot maximaal € 250,00

Gemeente-Top
- voor een prothese-bh en plakstrip: 100% tot maximaal € 70,00 - voor pruiken en steunpessarium tezamen: 100% tot maximaal € 250,00 - hoortoestellen 100% tot maximaal € 250,00 per oor

8.2 Plaswekker

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een plaswekker of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een plaswekker.

Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De plaswekker moet door de behandelend arts zijn voorgeschreven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 85,00

8.3 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen of podotherapeutische zolen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U kunt terecht bij:
- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een podoloog of podoposturaal therapeut die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
100% tot maximaal € 35,00	100% tot maximaal € 100,00

8.4 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:
- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- ‘helping hand’;
- heupbeschermer;

- drie- of vierpoot;
- looprek;
- krukken.

Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift moet meegezonden worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% van de aanschafkosten

8.5 Alarmering op sociale indicatie
Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van de huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- er dient sprake te zijn van een sociale indicatie voor persoonlijke alarmering die door Zorg en Zekerheid kan worden vastgesteld;
- de persoonlijke alarmeringsapparatuur moet geleverd worden door de gemeente, Stichting Welzijn Ouderen (SWO), een gecontracteerde zorgverlener, thuiszorgorganisatie of gecontracteerde instelling.

Welke kosten worden niet vergoed?
Aansluitkosten en abonnementskosten voor de alarmcentrale zijn voor uw eigen rekening.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Maximaal € 3,50 per maand	Maximaal € 4,00 per maand en éénmalig max. € 120,00 voor de installatiekosten

Artikel 9 Medisch-specialistische hulp

9.1 Flebologie/proctologie
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische en proctologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar. Alleen de kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, ‘open been’, aambeien) worden vergoed.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u heeft een verwijzing nodig van de specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog, dermatoloog of arts-fleboloog-proctoloog;
- de behandeling vindt plaats individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
75% tot maximaal € 100,00

9.2 Sterilisatie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van sterilisatie per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	- 100% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; - 75% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 1.200,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

9.3 Oorstandcorrecties

Wat wordt er vergoed?
Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor oorstandcorrecties bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 500,00

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op fysiotherapie of oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is.

Wat wordt niet vergoed?
- behandelingen op basis van de indicatie artrose aan heup- en kniegewrichten;
- behandelingen op basis van de indicatie COPD;
- behandelingen waar u vanuit de basisverzekering of Wlz aanspraak op heeft;
- verbijzonderingen fysiotherapie. Dit geldt niet voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Speciale handelingen en materialen
In sommige gevallen verricht de therapeut speciale handelingen tijdens uw behandeling. Het kan dan gaan om shockwave, dry needling of echografie. Deze handelingen zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Ook de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Wat zijn de voorwaarden?

a. Alleen de volgende zorgverleners mogen de zorg verlenen:

	Fysiotherapie	Verbijzonderde fysiotherapie excl. oedeem-/ littekentherapie	Oedeem-/ littekentherapie	Oefentherapie	Verbijzonderde oefentherapie
Fysiotherapeut	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Verbijzonderd fysiotherapeut	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Verbijzonderd oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Oedeemtherapeut of huidtherapeut	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee

- de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL of bij het Keurmerk Fysiotherapie;
- de (verbijzonderd) oefentherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (status kwaliteitsgeregistreerd);
- komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens)? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor claudicatio intermittens zijn aangesloten zijn bij Chronisch ZorgNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
- wordt u behandeld voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een registratie in het Vektis AGB-register.

b. De volgende voorwaarden gelden voor het aantal behandelingen:
   - start van een behandeling:
     Start u met een nieuwe behandeling bij een fysiotherapeut? Dan zal de fysiotherapeut eerst onderzoeken wat u precies heeft en welke behandeling u nodig heeft. Dit telt als één behandeling. Als de fysiotherapeut u vervolgens daadwerkelijk behandelt telt dit ook weer als één behandeling. Daardoor kunnen er twee behandelingen gedeclareerd worden bij een eerste bezoek aan de fysiotherapeut;
   - alle behandelingen tellen mee:
     Alle behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tellen mee. Dit geldt ook voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
   - manuele therapie:
     Als onderdeel van uw behandeling worden maximaal negen behandelingen manuele therapie vergoed. Hierbij tellen zowel de behandelingen uit de basisverzekering als aanvullende verzekering mee.

c. Groepsbehandeling:
   Als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

d. Indicatiecriteria verbijzonderde fysiotherapie:
   Bij manuele fysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die is opgenomen in de domeinomschrijving/richtlijn/criteriumlijst van de betreffende beroepsvereniging (respectievelijk NVMT, NVFK, NVFL, NVFB, NFP en NVFG) en moet tevens worden voldaan aan de daarin gestelde indicatiecriteria. Als de aandoening of de gestelde indicatie daarbuiten valt, worden de kosten voor reguliere fysiotherapie vergoed, mits wordt voldaan aan de daaraan gestelde eisen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Heeft u een aandoening die staat op de Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) of gaat u behandeld worden voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II of COPD Gold klasse II of hoger? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend arts, de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Ook volstaat een bewijs van diagnose met daarop de volgende gegevens: uw naam, de naam van de arts die de diagnose heeft gesteld, een duidelijke omschrijving van de diagnose.

Staat uw aandoening niet in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) en u wordt niet behandeld voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II of COPD Gold klasse II of hoger? Dan kunt u zonder verwijzing naar een zorgverlener. Dit noemen wij directe toegankelijkheid.

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Als u zorg gaat ontvangen aansluitend op een opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor revalidatie (dagbehandeling) en de zorg is niet gericht op een aandoening die staat vermeld op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), maar gericht op de bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling, dan heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Uw behandelend fysiotherapeut kan deze toestemming namens u aanvragen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Uitzonderingen zijn:
- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de “toeslag voor behandeling aan huis”, de “toeslag voor behandeling in een instelling” en de “toeslag voor eenmalige behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de vergoeding voor een verbijzonderde behandeling (bijv. kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgverlener (er wordt geen opslag toegekend).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Fysiotherapie (alle soorten)	Maximaal 20 behandelingen	Maximaal 30 behandelingen
Oefentherapie (alle soorten)	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen

10.1.1 Beweegprogramma
Wat wordt vergoed?
Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies of richtlijnen van het Keurmerk Fysiotherapie en gegeven wordt in fysiotherapiepraktijken met het kwaliteitslabel A of B. Op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** kunt u per aandoening een overzicht vinden van de gecontracteerde A- of B-praktijken die een KNGF-beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?
- een beweegprogramma voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut;
- het beweegprogramma Lekker in je Lijf als u deelneemt aan de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vanuit de basisverzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.1.2 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventieprogramma
Wat wordt vergoed?
Een volledig doorlopen beweegprogramma Fitkids geleverd door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten. Of een volledig doorlopen leefstijlinterventieprogramma in het kader van JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) door een gecontracteerde fysiotherapiepraktijk met het kwaliteitslabel A of B. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met dit kwaliteitslabel op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** of u kunt deze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels. Zowel Fitkids als JOGG hanteren eigen voorwaarden om aan het beweegprogramma deel te kunnen nemen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.2 Diëtetiek

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtetiek dient een medisch doel te hebben;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de diëtist stelt de indicatie voor diëtetiek;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal kwartieren, ook (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de “toeslag voor uitbehandeling” door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- diëtetiek bij de indicatie overgewicht.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

10.2.1 Diëtetiek aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist. De vergoeding geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar en is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	12 kwartier

10.2.2 Diëtetiek bij specifieke indicaties vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist indien het één van de volgende indicaties betreft: ondervoeding, oncologie en/of ongewenst gewichtsverlies. De vergoeding is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	8 kwartier

10.3 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten voor ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling. De vergoeding is per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?
Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er niet vergoed?
- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de “toeslag voor behandeling aan huis”, “toeslag voor behandeling in een instelling” en “toeslag voor behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	Maximaal 10 uur

10.4 Podologie/podo(posturale) therapie
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van behandelingen en consulten podologie/podo(posturale)therapie, per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U kunt terecht bij:
- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een podoloog of podoposturaal therapeut die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
100% tot maximaal € 50,00	100% tot maximaal € 250,00

10.5 Stottertherapie
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma of Hausdörfer.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 350,00

Artikel 11 Preventie

11.1 GeZZondcheck

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de geZZondcheck éénmaal per twee kalenderjaren.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de geZZondcheck moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde thuiszorgorganisatie of huisarts. Een lijst met gecontracteerde organisaties kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker**;
- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- u neemt niet deel aan een ketenzorgprogramma;
- de geZZondcheck ontvangen via ons bedrijfszorgprogramma telt mee als vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% éénmaal per kalenderjaar

11.2 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op één of meerdere preventieve cursussen, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie. Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde organisaties op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Vergoeding is alleen mogelijk voor de volgende cursussen:
- Afvallen bij overgewicht;
- EHBO-cursus, reanimatiecursus of AED-training;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Zelfmanagement:
  - Leren omgaan met een ziekte of aandoening;
  - Mantelzorgcursus;
  - Slaapcursus;
  - Stoppen met roken.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) wordt vergoed vanaf 55 jaar;
- een preventieve cursus die u via een bedrijfszorgprogramma volgt telt ook mee voor de maximale vergoeding.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten van geneesmiddelen, voedingssupplementen en cursusmateriaal zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde preventieve cursussen tezamen.

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
50% tot maximaal € 115,00	100% tot maximaal € 150,00

11.3 Overgangsconsulent

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de behandeling door een overgangsconsulent voor vrouwelijke verzekerden, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 115,00

11.4 Sportmedisch advies

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op een preventief sportmedisch onderzoek en/of sportkeuringen. De vergoeding geldt per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het preventief sportmedisch onderzoek en/of sportkeuringen moet worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra met een certificaat van de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). De sportmedische instelling moet aangesloten zijn bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 100,00

Artikel 12 Psychologische zorg

12.1 Overige psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar door:
- psychosociale begeleiding bij kanker door therapeuten lid van de NVPO;
- lichaamsgeoriënteerde therapie door therapeuten lid van de SBLP (onderdelen NVPIT, NVBT en NIBA);
- gestalttherapie door therapeuten lid van de NVAGT;
- seksuologische hulpverlening door therapeuten lid van de NVVS;
- Kanjertrainingen of weerbaarheidstrainingen voor verzekerden jonger dan 18 jaar door een therapeut die lid is van de NVPA.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U maakt gebruik van door ons goedgekeurde behandelaars en beroepsverenigingen zoals terug te vinden op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 250,00

12.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?
Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal tien dagen voor vergoeding in aanmerking. U kunt er ook voor kiezen om eenmalig de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten van aanschaf van een Bright Light niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een origineel aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00

Artikel 13 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?
Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek B, artikelen 5.2d en 5.3. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist en geregistreerd-mondhygiënist. Verdovingen, vullingen en het maken van kleine röntgenfoto's kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een geregistreerd-mondhygiënist. De bijbehorende behandelingen zijn beschreven in artikel 13.2.1 en 13.2.2. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**. De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet-tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met controle boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- de kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- bleken van elementen;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat;
- de behandeling trigger point met botox.

13.1.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar
Wat wordt er vergoed?
De kosten voor tandheelkundige hulp. Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar valt niet onder tandheelkundige hulp zoals bedoeld in dit artikel, kijk hiervoor bij artikel 13.1.2.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
100% tot maximaal € 230,00	100% tot maximaal € 500,00

13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar
Wat wordt er vergoed?
De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts;
- de vergoeding is éénmalig voor de gehele behandelduur. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor

orthodontische behandeling niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding;
- als u tijdens de behandeling bij ons overstapt naar een aanvullende verzekering met een hogere vergoeding, dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor de maximum vergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 2.000,00

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.2.1 Controle

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controles, indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts, mondhygiënist of geregistreerd-mondhygiënist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 230,00	100% tot maximaal € 500,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen (met uitzondering van artikel 13.2.1.1 Sanering).

13.2.1.1 Sanering

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor een sanering. Behandelingen die onder de sanering vallen zijn:
1. controles;
2. foto's;
3. mondhygiëne;
4. verdovingen;
5. vullingen;
6. endodontologie;
7. extracties.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de voorgaande twee kalenderjaren heeft er bij u geen tandheelkundige behandeling plaatsgevonden;
- de behandelingen zijn alleen uit te voeren door een tandarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U dient vooraf schriftelijke toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.500,00

13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist of een geregistreerd-mondhygiënist. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;

- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven- en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- mondbeschermer gemaakt en gedeclareerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
100% tot maximaal € 230,00	100% tot maximaal € 500,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.3 Ongevalsdekking tandheelkunde

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig zijn ten gevolge van een ongeval en binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval uitgevoerd zijn. De behandeling gericht op het letsel moet doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het ongeval dient binnen zestig dagen door de verzekerde schriftelijk bij Zorg en Zekerheid te worden gemeld, zie zorgenzekerheid.nl/service-en-contact/contactgegevens voor de mogelijkheden om het ongeval bij ons te melden;
- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener;

Indien het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen (meer dan twaalf maanden na het ongeval), beoordeelt onze adviserend tandarts of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- u heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De tandarts dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts;
- de zorgverlener geeft bij de aanvraag een verklaring mee waaruit blijkt dat het tandheelkundig letsel is ontstaan door het ongeval.

Welke kosten worden niet vergoed?
- De kosten:
  - als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
  - als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
  - als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
  - als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
  - die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
  - van een behandeling in het buitenland;
  - van orthodontische zorg;
  - vanaf een jaar na de datum van het ongeval die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheelkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.3.2 in deze polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 10.000,00 per gebeurtenis

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- de gezinsleden wonen op hetzelfde adres;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
  - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
  - de naam van het ziekenhuis of revalidatie-instelling;
  - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

Wat moet ik nog meer weten?
- de vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'kortste route' volgens de ANWB routeplanner (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner);
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer per rit (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi of van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten in de laagste klasse;
- de vergoeding betreft alleen de kilometervergoeding;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 250,00

14.2 Contributie patiëntenvereniging
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) of bij koepelorganisatie Ieder(in), per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

Welke kosten worden niet vergoed?
- de contributies voor belangenorganisaties zijn voor uw eigen rekening;
- donaties en steunend lidmaatschap.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	**Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 20,00	100% tot maximaal € 50,00

14.3 Vergoeding eigen bijdrage zittend ziekenvervoer
Wat wordt er vergoed?
Als u volgens de basisverzekering recht heeft op zittend ziekenvervoer, dan bent u een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd. Deze kosten van uw eigen bijdrage kunnen per verzekerde, per kalenderjaar, in aanmerking komen voor vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 108,00

14.4 Vergoeding eigen bijdrage Wlz/Wmo
Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op vergoeding van de eigen bijdrage voor zorg in het kader van de Wlz of Wmo. De vergoeding geldt per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u ontvangt de zorg thuis;
- de nota dient van het CAK te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard **Gemeente-Top**
100% tot maximaal € 370,00

14.5 Verplicht eigen risico

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op vergoeding van het opgelegde wettelijk verplichte eigen risico voor de basisverzekering van maximaal € 385,00 per jaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Uw gemeente heeft hiervoor afspraken gemaakt met Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100% tot maximaal € 385,00

Rubriek B voorwaarden aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid

1. Algemene bepalingen

1.1 Voor wie

De aanvullende verzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen op grond van de Zorgverzekeringswet die in Nederland of in een ander EU/EER-land wonen, alsmede die deelnemer zijn van een gemeentecollectiviteit voor minima zoals afgesloten tussen Zorg en Zekerheid en de betreffende gemeente, evenals degene die daartoe bij besluit van de Raad van bestuur van Zorg en Zekerheid is toegelaten. U kunt alleen een aanvullende verzekering bij ons afsluiten als u een Zorg Zeker Polis bij ons heeft of tegelijk afsluit.

1.2 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Bij medische noodzaak geeft uw aanvullende verzekering recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze polisvoorwaarden. Hier is sprake van als u op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de aanvullende verzekering wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg ‘plegen te bieden’.

1.3 Wie mag de zorg verlenen

Voor zorg uit de aanvullende verzekering bent u vrij om te kiezen naar welke zorgverlener u gaat. Dit sluit echter niet uit dat de zorgverlener aan bepaalde voorwaarden moet voldoen; dit vindt u dan bij het betreffende zorgartikel. Voor een aantal vormen van zorg, waaronder paramedie, hebben wij zorgverleners gecontracteerd. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U vindt dit eveneens bij het betreffende zorgartikel.

1.4 Vergoeding van de zorgkosten

U heeft als verzekerde recht op (vergoeding van de kosten van) zorg tot maximaal de bedragen dan wel het aantal behandelingen aangegeven in deze polisvoorwaarden.

1.4.1 De hoogte van de vergoeding is het bedrag dat wij overeengekomen zijn met de zorgverlener. Wanneer er geen tarief is overeengekomen vergoeden wij de kosten van (verzekerde) zorg op basis van het op dat moment in Nederland geldende Wmg-tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten volgens de tarieven die staan op **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

1.4.2 U heeft als verzekerde alleen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg gemaakt gedurende de looptijd van de verzekering tenzij sprake is van een onvolledige/onjuiste aanvraag zoals bedoeld in artikel 2.2 of van fraude (zie artikel 5.5). De datum van de behandeling of levering is bepalend voor de vaststelling van uw recht op vergoeding van zorgkosten.

1.5 Waar moet een nota aan voldoen

Alleen originele nota’s of digitale nota’s die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/eigen vervoer en openbaar vervoer, zie hiervoor ook **zorgenzekerheid.nl/brochures**.

1.6 Wanneer verjaart een nota

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart in principe op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt verjaring voorkomen door binnen deze voornoemde periode schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding. Wanneer wij uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk hebben afgewezen verjaart uw nota op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarop wij u de afwijzing hebben meegedeeld. Om verjaring in dit geval te voorkomen moet u ons binnen deze voornoemde periode jaar een schriftelijk verzoek sturen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.7 Nederlands recht

Op deze aanvullende verzekering(en) is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing.

1.8 Aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering

Waar gesproken wordt over aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering kan dit schriftelijk/digitaal of telefonisch.

2. Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering

2.1 Hoe vraagt u een aanvullende verzekering aan

U kunt de aanvullende verzekeringen uit deze polisvoorwaarden bij ons aanvragen. Als aanvrager van een aanvullende verzekering verleent u medewerking aan het verkrijgen van informatie die wij nodig achten voor de beoordeling van uw aanvraag.

2.2 Vult u uw aanvraag volledig en naar waarheid in

Wanneer u een aanvullende verzekering aanvraagt of een wijziging op uw bestaande verzekering doorgeeft, dan geeft u dit volledig en gebaseerd op de waarheid aan ons door. Wanneer u dit niet doet zijn wij geen vergoeding van kosten verschuldigd en kunnen wij zonder inachtneming van een opzegtermijn uw verzekering beëindigen. Dit geldt ook als u essentiële informatie achterhoudt die voor ons van belang zou zijn geweest om de verzekeringsovereenkomst met u aan te gaan of niet onder dezelfde voorwaarden. Wanneer dit het geval is kunnen wij een beroep doen op het Burgerlijk Wetboek bepaling Titel 7.17 en de verzekeringsovereenkomst per direct opzeggen. Als wij onderzoekskosten maken voor de vaststelling of u alles volledig en naar waarheid heeft ingevuld, worden deze kosten aan u doorberekend.

2.3 Voorwaarden waar u rekening mee moet houden bij uw aanvraag

Zorg en Zekerheid stelt geen gezondheidsvragen voor de aanvraag van een aanvullende verzekering, wel stellen wij algemene en een aantal specifieke voorwaarden:

a. als u als bestaande verzekeringnemer/verzekerde naar een aanvullend pakket wilt overstappen met een beperktere of uitgebreidere dekking dan moet u dit uiterlijk 31 december van het jaar aan ons doorgeven. De verzekering wijzigt dan op 1 januari van het volgende jaar;
b. het is niet mogelijk om gelijktijdig verzekerd te zijn voor meer dan één aanvullend pakket;
c. kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op het polisblad staan.

2.4 Begin, einde en duur van uw verzekering

2.4.1 Uw verzekering gaat in op 1 januari van een kalenderjaar of op een door ons op het meest actuele polisblad aangegeven andere datum. De duur van de verzekering is voor het (resterende) kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van dit kalenderjaar wordt uw verzekering jaarlijks stilzwijgend verlengd voor een periode van een kalenderjaar, tenzij u de verzekering uiterlijk 31 december van het kalenderjaar opzegt.

2.4.2 Als wij voor het afhandelen van uw aanvraag voor een verzekering extra informatie bij u hebben opgevraagd, gaat de verzekering pas in op de eerste van de maand volgend op die maand waarin wij de benodigde informatie hebben ontvangen.

2.4.3 De verzekering eindigt:

- na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar opzegt (zie 2.7.1);
- op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
- bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
- bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 4.1 en wel op de wijze als in 4.2 is bepaald;
- bij opzegging door de verzekeraar zoals vermeld in artikel 2.8.

2.5 Weigering aanvraag verzekering

Wij kunnen uw aanvraag weigeren wanneer er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Ook kunnen wij de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in artikel 2.7 of als er sprake is van een registratie van de verzekeringnemer en/of verzekerde in het Incidentenwaarschuwingensysteem voor financiële instellingen (Extern Verwijzingsregister).

2.6 Kiezen voor een andere aanvullende verzekering

2.6.1 U kunt alleen een andere aanvullende verzekering kiezen met ingang van het opvolgende kalenderjaar, mits u dit uiterlijk 31 december aan ons doorgeeft. Lopende het kalenderjaar kiezen voor een andere aanvullende verzekering is dus niet mogelijk, behalve bij:

a. verzekerde die de 18-jarige leeftijd heeft bereikt;
b. verzekerden die uit een collectief komen met een aanvullende verzekering die vanwege de voorwaarden van dat collectief niet kan worden behouden.

De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op de maand waarin de aanvraag voor de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen of op de eerste van de maand waarin de verzekerde de 18-jarige leeftijd bereikt.

2.6.2 Pasgeborenen worden ingeschreven per geboortedatum als het kind binnen vier maanden na de geboorte is aangemeld. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden is ontvangen door ons, gaat de verzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

2.6.3 Wanneer een op het polisblad van de ouder vermeld kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt is het toegestaan om een andere aanvullende verzekering te kiezen of die te beëindigen. De andere aanvullende verzekering of opzegging gaat dan in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de wijziging of opzegging hebben ontvangen in de maand waarin uw kind 18 wordt of de maand daaropvolgend.

2.7 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen

2.7.1 Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering opzeggen per 1 januari van ieder jaar, voorwaarde is dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U kunt gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Hiermee geeft u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering toestemming om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

2.7.2 Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:
a. bij premie- en/of polisvoorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 4;
b. een op het polisblad van de ouder vermeld kind dat 18 jaar wordt zoals omschreven in artikel 2.6.3.

2.8 Wanneer kunnen wij uw aanvullende verzekering opzeggen

Wij kunnen uw aanvullende verzekering schriftelijk met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip opzeggen als:
a. u de premie van uw verzekering niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.3;
b. er sprake is van fraude (zie artikel 5.5);
c. u ons geen of niet-volledige of onjuiste informatie heeft gegeven (zie artikel 2.2);
d. er niet meer voldaan wordt aan de voorwaarden beschreven in artikel 2.3;
e. wij vanwege voor ons belang zijnde redenen de verzekering uit de markt halen.

2.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

3. Premie

3.1 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht voor elke premieplichtige verzekerde de premie te betalen. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen, indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld 18-jarige
Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie en bedragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen voor alle verzekerden vooruit te betalen. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling.

3.2 Verrekening

U mag verschuldigde bedragen (zoals de premie) niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht naar aanleiding van een declaratie.

3.3 Niet-tijdig betalen

3.3.1 Als u de premie, wettelijke bijdrage, eigen risico, eigen bijdrage of kosten niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen kunnen wij de verzekering beëindigen. Als wij de verzekering hebben beëindigd kan de verzekering weer aangevraagd worden nadat de verschuldigde premie en eventuele kosten zijn betaald. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.3.2 Als u als verzekeringnemer al eens aangemaand bent geweest voor niet-tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij een volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.3.3 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening, zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke incassokosten wordt vastgesteld volgens de Wet normering buitengerechtelijke incassokosten en het bijbehorende Besluit met een minimum van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.

3.3.4 U bent verplicht tijdig uw premie te betalen. U kunt zich bij het niet betalen van de premie op de premievervaldag niet beroepen op het feit dat de premie niet-tijdig is geïnd.

3.4 Assurantiebelasting

Als wij voor u in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moeten afdragen, zullen wij dit bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door ons gestelde termijn te voldoen. Als u niet op tijd dit bedrag aan ons betaalt zullen wij de aanvullende verzekering beëindigen (zie artikel 3.3.1).

3.5 Hoe wordt uw premie berekend

Grondslag van de premie
Korting collectiviteit _____-
Tussenresultaat (te betalen premie)

Korting betaaltermijnen_____-
Te betalen premie

3.6 Korting betaaltermijnen

Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, dan kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan in dat geval geen recht op betaaltermijn-korting.

3.7 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Wanneer u gebruik maakt van een collectieve overeenkomst, dan kan het zijn dat u korting ontvangt op de premiegrondslag.

Vanaf de dag dat u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst, vervallen de (indien van toepassing) premiekorting en eventueel aangepaste voorwaarden zoals deze zijn overeengekomen in de collectieve overeenkomst.

U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

4. Wijziging premie en voorwaarden

4.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de premie en voorwaarden van de aanvullende verzekering(en) op elk moment wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. De datum van de wijziging wordt door ons vastgesteld. Een wijziging van de premie en/of voorwaarden vindt en bloc plaats. Dit betekent dat de wijziging voor alle verzekerden van toepassing is.

4.2 Recht van opzegging

Wijzigen wij de voorwaarden en/of premie van de verzekering in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen dertig dagen nadat de wijziging door ons bekendgemaakt is. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. U heeft geen opzeggingsrecht als een wijziging voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als wij de verzekering in uw voordeel wijzigen.

5. Overige bepalingen

5.1 Wat zijn uw verplichtingen

a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijke second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden. U verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
d. het is niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;

e. in geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de bewuste verzekerde per de eerste dag van detentie opgeschort, tenzij u ons verzoekt dit niet te doen. Over de periode van opschorting bent u geen premie verschuldigd en wordt géén dekking verleend voor kosten. Uw aanvullende verzekering gaat weer in per de einddatum van detentie, mits dit binnen dertig dagen na die datum aan ons is doorgegeven. Geeft u het later door? Dan zal de dekking van uw aanvullende verzekering pas ingaan op de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht per de einddatum van de detentie;
f. voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de originele verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
g. ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Het gaat dan bijvoorbeeld om:
   - huwelijk, het aangaan van een samenlevingsverband;
   - echtscheiding, einde duurzaam samenlevingsverband;
   - overlijden;
   - geboorte;
   - wijziging IBAN;
   - adreswijziging;
   - e-mailadreswijziging;
   - aanvang en einde detentie.

   Wanneer de wijziging niet binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Uitzonderingen hierop zijn: geboorte (zie artikel 2.6.2), overlijden, en aanvang van detentie (zie onder d);
h. heeft u als verzekeringnemer/verzekerde, uitdrukkelijke toestemming verleend voor het elektronisch toesturen van de polis en/of van overige correspondentie? Dan verloopt zoveel mogelijk communicatie tussen u en Zorg en Zekerheid digitaal, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan;
i. de verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad;
j. de verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
k. alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet-tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor rekening en risico van de verzekeringnemer/verzekerde.

5.2 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten/zorg:

a. als de vorm van zorg of diensten wordt of kan worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
b. als de vorm van zorg of diensten wordt of kan worden bekostigd op grond van uw zorgverzekering (basisverzekering);
c. wanneer veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
d. indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder ‘kerninstallatie’ wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225). Uitzondering op de tweede en derde volzin is wanneer een derde krachtens Nederlandse of buitenlandse wet voor de geleden schade aansprakelijk is;
e. als de zorg verleend wordt door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij wij hieraan voorafgaand toestemming hebben gegeven;
f. als de zorg is genoten buiten Nederland met uitzondering van kosten genoemd in artikel 3 van Rubriek A;
g. voor behandelingen waarvoor een verwijzing en/of toestemming vereist is en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd/afgegeven;
h. als de zorg veroorzaakt is door grove schuld of opzet;
i. als deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (zie www.terrorismeverzekerd.nl).

5.3 Dubbele dekking

a. U heeft geen recht op zorg of de vergoeding van kosten of verstrekkingen wanneer deze zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of – ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.
b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in lid a genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

5.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens
Wij verwerken uw persoonsgegevens in overeenstemming met wet- en regelgeving zoals de Algemene verordening gegevensbescherming. Hoe wij dit doen, kunt u lezen in ons privacystatement op onze website.

5.5 Hoe gaan wij om met fraude?
Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde niet alleen in de gebeurtenissenadministratie en het interne verwijzingsregister maar ook in het Extern verwijzingsregister dat wordt beheerd door Stichting Centraal Informatiesysteem (CIS) te Den Haag. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen (PIFI). Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

5.6 Klachten en geschillen
Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen twaalf weken een klacht indienen.

U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website **zorgenzekerheid.nl/klacht**.

U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie: Zorg en Zekerheid, t.a.v. de Klachtencommissie, Postbus 400, 2300 AK LEIDEN.

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen tien weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil binnen een jaar voorleggen aan: de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

5.7 Slotbepaling
In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist de Raad van Bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 29 oktober 2020 met ingang van 1 januari 2021.

Rubriek C Informatie

Heeft u vragen? Op **zorgenzekerheid.nl** vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen op (071) 5 825 825. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polisgegevens te raadplegen of indien van toepassing te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via **zorgenzekerheid.nl/mijnzz**.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ (**zorgenzekerheid.nl/mijnzz**). De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- dien uw declaratie in via de Zorg en Zekerheid app (gratis te downloaden via App Store of Google Play Store);

Of;

- schrijf uw Relatienummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een voldoende gefrankeerde enveloppe aan:
  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid; voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder rubriek A Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenlandnota vergoed?

- bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via **zorgenzekerheid.nl/brochures** of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier voldoende gefrankeerd opsturen naar:
  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling declaraties Buitenland
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN
- de originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt;
- nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
- als Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
- vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande gedachtestreepje, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- de vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van de Europese Centrale Bank (ECB). Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers gehanteerd naar de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

Eén IBAN

Bij declaraties is het niet nodig uw IBAN te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties zoveel mogelijk hetzelfde IBAN als voor de incasso of betaling van de premies. Dit IBAN staat vermeld op uw polisblad.

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

zorgenzekerheid.nl

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019