

Aon Private Healthcare Insurance (APHI) 2024

Ingangsdatum 1 januari 2024

Aon Private Healthcare Insurance Basic

Aon Private Healthcare Insurance Supplement

Aon Private Healthcare Insurance Complete

Aon Private Healthcare Insurance Excellent

Bekijk online versie →

Voorwaarden van de APHI verzekeringen van Zilveren Kruis

Waar bestaan de APHI verzekeringen uit

De APHI verzekering kent 4 pakketten met basisvergoedingen (zie [B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen](#)) in een verplichte combinatie met een extra vergoedingenpakket (zie [C. Extra vergoedingen](#)) in een aanvullende verzekering, dit zijn:

- Aon Private Healthcare Insurance Basic;
- Aon Private Healthcare Insurance Supplement;
- Aon Private Healthcare Insurance Complete;
- Aon Private Healthcare Insurance Excellent.

In aanvulling op bovengenoemde pakketten kan verzekerde kiezen voor:

- Aanvullende tandverzekering Aon Asia Dental Care;
- Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorgpakket.

De inhoud van de basisvergoedingen van de APHI verzekeringen zijn gebaseerd op de Nederlandse basisverzekering

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering.

De APHI verzekeringen zijn op basis van restitutie

U heeft recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Wij spreken in deze voorwaarden steeds over 'het recht op zorg, medicijnen of hulpmiddelen'. U moet hier lezen dat u 'recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg, medicijnen of hulpmiddelen'.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners, zorginstellingen en leveranciers contracten afgesloten. Wat zijn de voordelen als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat?

- De gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekening direct naar ons. U merkt hier dus niets van.
- Voor de APHI verzekering wordt de rekening volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft.
- De eventuele eigen bijdragen worden op de vergoeding in mindering gebracht.
- De gecontracteerde zorgverleners voldoen aan de door ons gestelde kwaliteitseisen.

Hoe zit het met gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in de APHI verzekeringen?

Voor de APHI verzekeringen geldt dat u recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Toch kan het voor de extra vergoedingen zo zijn dat u een lagere vergoeding krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als dit zo is, staat dit bij het artikel in het hoofdstuk [C. Extra vergoedingen](#) beschreven. In dat geval staat er ook bij hoe hoog deze lagere vergoeding is. Ook kan het in de extra vergoedingen zo zijn dat wij de zorg alléén vergoeden als deze door een door ons gecontracteerde zorgverlener wordt verleend. U krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan niets vergoed. Ook dit staat dan beschreven in deze voorwaarden.

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Het is dus belangrijk om te weten met welke zorgverleners wij wel of geen contract hebben. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de APHI verzekering en de extra vergoeding(en).

De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- de 'Algemene voorwaarden APHI verzekeringen' (algemene informatie over de APHI verzekeringen, zoals de premie, de eigen bijdrage en waar u zich aan moet houden);
- de 'Verzekerde zorg van de basisvergoedingen en extra vergoedingen' (op welke zorg u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn);
- de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit de APHI verzekering en/of uw extra vergoedingen. De verzekerde zorg van de hoofdverzekering vindt u in hoofdstuk [B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen](#). De vergoedingen van de extra vergoedingen vindt u in hoofdstuk [C. Extra vergoedingen](#).

Let op!

Het kan zijn dat uw zorg uit zowel de APHI basisvergoedingen als uw extra vergoedingen vergoed wordt. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om de totale vergoeding te vinden. De vergoeding uit de extra vergoeding komt boven op de vergoeding vanuit de basisvergoeding.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming telefonisch of online bij ons aanvragen. Voor meer informatie over toestemming kunt u terecht op onze website of kunt u contact met ons opnemen.

Inhoudsopgave

A. Algemene voorwaarden APHI verzekeringen	4
A.1 Waarop is de APHI verzekering gebaseerd?	4
A.2 Wat verzekert de APHI verzekering en voor wie is deze bedoeld?	4
A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	5
A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?	6
A.5 Wat zijn uw verplichtingen?	7
A.6 Wat betaalt u?	8
A.7 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?	8
A.8 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	9
A.9 Wanneer gaat uw (aanvullende) verzekering(en) in?	9
A.10 Wanneer mag u uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigen?	9
A.11 Wanneer beëindigen wij uw verzekering?	10
A.12 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	10
A.13 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling	10
A.14 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	11
A.15 Heeft u een klacht?	11
A.16 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	11
A.17 Wat zijn de gevolgen van fraude?	12
A.18 Kosten die wij niet vergoeden	12
A.19 Hoe gaan wij om met materiële controle?	13
A.20 Begripsbepalingen	13
B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen	19
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	19
Hulpmiddelen	24
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	24
Mond en tanden (mondzorg)	26
Ogen en oren	31
Psychische zorg	32
Spreken en lezen	34
Vervoer	34
Voeten	36
Ziekenhuis en verpleging	37
Zwanger (worden)/baby/kind	45
Overig	49
C. Extra vergoedingen	53
Alternatief	53
Buitenland	53
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	56
Hulpmiddelen	58
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	59
Mond en tanden (mondzorg)	59
Ogen en oren	62
Vervoer	63
Ziekenhuis en verpleging	64
Zwanger (worden)/baby/kind	65
Overig	69
Vergoedingen vanuit een budget	70
D. Vergoedingen Aon Asia Dental Care 250, 500, 1000 en 1500	73
E. Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorgpakket	74
E.1 Comfortvoorzieningen bij ziekenhuisverblijf in België of Duitsland	74
E.2 Taxivervoer van en naar het ziekenhuis	74
E.3 Huishoudelijke hulp	74
E.4 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)	74

A. Algemene voorwaarden APHI verzekeringen

A.1 Waarop is de APHI verzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Nederlandse basisverzekering

De Nederlandse basisverzekering is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msz;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, sluiten wij zoveel mogelijk aan op de zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving zoals hierboven toegelicht onder punt 1.1. a t/m f. Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de APHI verzekering wordt door de verzekeraar bepaald en is gebaseerd op de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&q=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellzorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

A.2 Wat verzekert de APHI verzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze APHI verzekering heeft u recht op zorg. De verzekering kan worden afgesloten indien u, als Japanse expat, tijdelijk woont en werkt in Nederland en deel uit maakt van de collectiviteit waar de verzekeraar voor deze doelgroep afspraken met de werkgever heeft gemaakt, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Gezinsleden die vallen onder de expatstatus kunnen gebruikmaken van deze verzekering. In het hoofdstuk [B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen](#) vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw APHI verzekering. De door u afgesloten zorgverzekering wordt weergegeven op het polisblad.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de APHI verzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen via de werkgever.

Binnen deze verzekeringsvoorwaarden bieden wij de volgende pakketten aan:

- Aon Private Healthcare Insurance Basic
- Aon Private Healthcare Insurance Supplement
- Aon Private Healthcare Insurance Complete
- Aon Private Healthcare Insurance Excellent

In aanvulling op bovengenoemde pakketten kan verzekerde kiezen voor:

- Aanvullende Tandverzekering Aon Asia Dental Care
- Aanvullende Verzekering Ziekenhuis Ontzorg Pakket

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die voldoen aan artikel 2.1, kunnen een APHI verzekering (Basic, Supplement, Complete of Excellent) en eventueel een aanvullende verzekering (AON Asia Dental Care 250, 500, 1000 of 1500 en/of Ziekenhuis Ontzorg Pakket) naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen altijd het Aon Private Healthcare Insurance Excellent pakket. Zij kunnen geen aanvullende tandverzekering AON Asia Dental Care en/of aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorg Pakket) afsluiten.

Het kan zijn dat bij het aanvragen van een (APHI)verzekering gezondheidsvragen gesteld worden, of dat u verzocht wordt een gezondheidsverklaring in te vullen. Dit verschilt per verzekering. De vragen worden direct bij het aanvragen gesteld door ons of later wanneer wij uw aanvraag beoordelen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de door ons gestelde voorwaarden. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringssnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de APHI-verzekering en/of aanvullende verzekering.

2.4 De APHI verzekering en/of aanvullende verzekering bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

2.5 Soms kunnen wij u niet (aanvullend) verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen (aanvullende) verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringssnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel [A.17](#) Wat zijn de gevolgen van fraude?;
- uw gezondheidstoestand van de mond hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u zich niet houdt aan de Sanctiewet 1977.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a. een gewapend conflict;
- b. een burgeroorlog;
- c. een opstand;
- d. binnenlandse onlusten;
- e. oproer en muiterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a. keuringen;
- b. griep prikken;
- c. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e. behandelingen met sterilisatie als doel;
- f. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h. het afgeven van doktersverklaringen.

Let op!

In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Geen recht op laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist, GGD-arts (bij TBC of SOA) of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg of een dienst verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg of dienst. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg of een dienst verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Recht op een deel van de zorg

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

3.6.2 Definities en bepalingen

De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op nht.vereende.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.6.3 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aanspraak onder de APHI-verzekering eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de Wlz.

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op vergoeding van de kosten van zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met de (aanvullende) verzekering(en) heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit: zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners); zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de (aanvullende) verzekering(en)? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

U heeft een APHI verzekering op basis van restitutie. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.12](#).

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor de Extra vergoedingen en de vergoedingen uit de aanvullende verzekeringen. Bij deze vergoedingen, vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U kunt gebruikmaken van zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, kunt u gebruikmaken van zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet nakomt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort / identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Daarnaast kan voor de vergoeding van kosten van orthodontie een wachttijd gelden van 1 jaar.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de [Declaratie-app](#) of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Indien u een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgverlener contant heeft betaald. Als wij u verzoeken om een betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht. Een zorgnota kwalificeert niet als betaalbewijs, hierbij moet u bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgaanbieder, pintransactie of bankafschrift.

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's en betaalbewijzen te bewaren tot 2 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's en betaalbewijzen bij u opvragen.

Op de nota moet een geldige persoonlijke AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. 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.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op!

Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) verzekering(en). Denk aan eindigende expatstatus, verhuizing naar het buitenland, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatste bekende (e-mail)adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Let op!

Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

A.6 Wat betaalt u?

6.1 Wij stellen de premie vast voor verzekerden

Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw (aanvullende) verzekering(en) is.

De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op u, tot de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst. U, respectievelijk verzekerde, kan alleen deelnemen aan één collectieve overeenkomst.

Het is mogelijk om uw premie per half jaar of jaar vooruit te betalen. U ontvangt dan een korting op de totaal verschuldigde premie.

6.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding. Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw (aanvullende) verzekering(en) tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel [A.17](#) van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

6.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via betaalmail of een automatische incasso betaalt:

- premie;
- eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via betaalmail of een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

6.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt of ter beschikking wordt gesteld via Mijn Zilveren Kruis.

A.7 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

7.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

7.2 Wij verrekenen achterstallige premie met zorgkosten

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u zorgkosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de zorgkosten.

7.3 Het niet (tijdig) betalen van de premie kan (financiële) gevolgen voor u hebben

- Als u niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, eigen bijdragen en kosten sturen wij een aanmaning. Als niet wordt betaald binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, kunnen wij de dekking schorsen.
- In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. Over de periode van schorsing blijft u premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat dan in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van de premie, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

7.4 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

A.8 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

8.1 Aanpassing premie en voorwaarden

Wij kunnen de premie en voorwaarden van uw (aanvullende) verzekering(en) aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van de basisvergoedingen verandert. Op basis van de nieuwe premie en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

8.2 Als uw premie wijzigt

Een verandering in de premie gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd.

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

8.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

Is een verandering in de voorwaarden en/of het recht op zorg in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de (aanvullende) verzekering(en) opzeggen. U (verzekeringnemer) kunt de (aanvullende) verzekering(en) opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

8.4 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

8.4.1 Wijzigen van lopende (aanvullende) verzekering(en) en bloc of groepsgewijs

Wij hebben het recht de premie en/of de voorwaarden van de bij ons lopende (aanvullende) verzekering(en) en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw (aanvullende) verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

8.4.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Dan kunt u dit binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch aan ons doorgeven. Wij beëindigen uw (aanvullende) verzekering(en) dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

A.9 Wanneer gaat uw (aanvullende) verzekering(en) in?

9.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De (aanvullende) verzekering(en) gaan in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de (aanvullende) verzekering(en) af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de (aanvullende) verzekering(en) ieder jaar stilzwijgend, gedurende de expatstatus. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

9.2 Afsluiten binnen 4 maanden nadat het recht op een (aanvullende) verzekering(en) ontstaat

Gaat de (aanvullende) verzekering(en) in binnen 4 maanden nadat het recht op deze verzekeringen is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop het recht is ontstaan. Indien u zich aanmeldt later dan 4 maanden nadat het recht op de (aanvullende) verzekering(en) is ontstaan, hanteren wij de datum van ontvangst van het aanvraagformulier als ingangsdatum.

9.3 Uw (aanvullende) verzekering(en) wijzigen

Heeft u bij ons een (aanvullende) verzekering(en) afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

A.10 Wanneer mag u uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigen?

10.1 Uw (aanvullende) verzekering(en) herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten (aanvullende) verzekering(en) herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de (aanvullende) verzekering(en) kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. U kunt dit doen via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw (aanvullende) verzekering(en) niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw (aanvullende) verzekering(en) bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

10.2 Uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigen:

- Via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De (aanvullende) verzekering(en) eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw (aanvullende) verzekering(en) bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere (aanvullende) verzekering(en) afgesloten? Dit kan bijvoorbeeld wanneer uw zoon/dochter 18 jaar wordt, uit huis gaat, of wanneer er sprake is van beëindiging van een relatie of huwelijk. Dan kunt u (verzekeringnemer) via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch deze verzekering voor de verzekerde opzeggen.

A.11 Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

11.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw (aanvullende) verzekering(en)

Wij beëindigen uw verzekering:

- met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de expatstatus;
- wanneer u zich niet houdt aan de Sanctiewet 1977;
- bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel [A.17](#) van deze algemene voorwaarden (aanvullende) verzekering(en);
- bij overlijden;
- als wij geen verzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over;
- als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de (aanvullende) verzekering(en) uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw (aanvullende) verzekering(en) beëindigen. Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt;
- bij permanente vestiging in het buitenland, tenzij wij anders bepalen.

11.2 U moet ons op de hoogte stellen van alle feiten en omstandigheden

U stelt ons onmiddellijk op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over uzelf of een verzekerde die tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, delen wij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan u mee.

A.12 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

12.1 Maximering vergoeding buitenland tot maximaal € 1.500.000,-

Voor de verzekerde kosten en aanspraken in het buitenland geldt een maximum vergoeding van € 1.500.000,- per verzekerde per kalenderjaar, dit geldt voor de (aanvullende) verzekering(en) tezamen.

12.2 Maximale dekkingperiode voor zorg in het buitenland

12.2.1 Wereld

De verzekering biedt dekking voor medisch noodzakelijke hulp wereldwijd (uitgezonderd de Verenigde Staten van Amerika en Canada) als gevolg van ziekte of ongeval tot maximaal 12 maanden.

12.2.2 Verenigde Staten van Amerika en Canada

De verzekering biedt dekking in de VS/Canada voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp als gevolg van ziekte of ongeval gedurende een periode van maximaal 12 maanden tijdens vakantie, zakenreis of studiereis.

De vergoeding geldt alleen voor behandelingen die onvoorzien waren en niet uitgesteld kunnen worden tot terugkeer naar Nederland en/of het werkland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden alleen vergoed indien en voor zover deze ook in Nederland onder dekking zouden vallen;
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Let op!

Spreekt u in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

12.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

12.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.13 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de (aanvullende) verzekering(en).

A.14 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

14.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

14.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [14.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

14.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.15 Heeft u een klacht?

15.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

15.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

15.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

15.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist ([skgz.nl](#)). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

15.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

15.6 Nederlands recht is van toepassing

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

A.16 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

16.1 Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens

Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- om producten en diensten te verbeteren;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- om risico's in te schatten;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacystatement, te raadplegen op [zilverenkruis.nl](#).

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;

- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op zilverenkruis.nl.

16.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

16.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw (aanvullende) verzekering(en) ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo en Vektis) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de verzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

16.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

16.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.17 Wat zijn de gevolgen van fraude?

17.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a. onder valse voorwendselen;
- b. op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

17.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de (aanvullende) verzekering(en). Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

17.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.18 Kosten die wij niet vergoeden

18.1 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de (aanvullende) verzekering(en) die niet of slechts gedeeltelijk via een (wettelijke) regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de (aanvullende) verzekering(en) vallen. Vanuit de (aanvullende) verzekering(en) vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a. vanuit de APHI verzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b. eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de (aanvullende) verzekering(en).

Er is geen dekking uit hoofde van deze (aanvullende) verzekering(en) indien en tot zover de geneeskundige kosten gedekt worden vanuit enige wet of voorziening of door een reisverzekering, al dan niet van oudere datum, of daaronder andere gedekt zijn, indien deze (aanvullende) verzekering(en) niet zou bestaan. Indien de kosten van uw behandeling (deels) ook bij een andere (reis)verzekeraar voor vergoeding in aanmerking komen zullen wij die eerst vergoeden en vervolgens (deels) verhalen op de betreffende verzekeraar. Hiervoor delen wij uw medische gegevens met de (reis)verzekeraar.

18.2 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

1. De basisvergoedingen uit: Aon Private Healthcare Insurance Basic, Aon Private Healthcare Insurance Supplement, Aon Private Healthcare Insurance Complete, Aon Private Healthcare Insurance Excellent;
2. De extra vergoedingen uit: Aon Private Healthcare Insurance Basic, Aon Private Healthcare Insurance Supplement, Aon Private Healthcare Insurance Complete, Aon Private Healthcare Insurance Excellent;
3. Aanvullende Tandverzekering;
4. Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorgpakket.

A.19 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

A.20 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

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 die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een instelling voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Eerstelijns verblijf

Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, psychologische zorg of paramedische zorg. De instelling moet een formeel vereiste toelating voor de levering van eerstelijns verblijf hebben en moet aantoonbaar voldoen aan alle voorwaarden daarvoor (tenzij de wet dit niet meer vraagt).

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gedragswetenschapper

Onder een gedragswetenschapper wordt verstaan een HBO- of Master opgeleide GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog (-generalist) en de kinder- en jeugdpsycholoog of daaraan gelijkwaardige BIG-geregistreerde zorgverlener.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een geriatrisch fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen.

Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden aan patiënten van 18 jaar en ouder met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij de inzet van thuiszorgtechnologie. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgverlener buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie.

Gezin

Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderfysiotherapeut

Een kinderfysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Kinderoefentherapeut

Een kinderoefentherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook als kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck geregistreerd staat in het in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Kraamcentrum

Een instelling die kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Mantelzorg

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Manueel therapeut

Een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

- a. Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).
- b. Een geregistreerd-mondhygiënist die niet alleen voldoet aan de opleidingseisen zoals bedoeld onder a. maar ook aan de opleidingseisen zoals opgenomen in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist en als zodanig geregistreerd staat in het betreffende tijdelijk ingestelde BIG-register.

Een geregistreerd-mondhygiënist zoals bedoeld onder b. is zelfstandig bevoegd om röntgenfoto's te maken, te verdoven en eerste gaatjes te vullen. Een mondhygiënist zoals bedoeld onder a. die niet BIG-geregistreerd is, mag dat alleen in opdracht van een tandarts.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende discipline achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oedeemtherapeut

Een oedeemtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook als oefentherapeut Cesar/Mensendieck geregistreerd staat in het in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Optometrist

Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Pedicure

De mbo-opgeleide professional in paramedische voetzorg, die in het bezit is van een Rijkserkend diploma.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten APhi verzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Privékliniek

Een privékliniek is een behandelcentrum zonder een formeel vereiste toelating voor de levering van medisch specialistische zorg.

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 (KNMG).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Regiebehandelaar

De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Regiebehandelaar gzsp

De regiebehandelaar gzsp (geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen) is een BIG-geregistreerde functionaris (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, gedragswetenschapper, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater) die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Sanctiewet

De Sanctiewet 1977 stelt wettelijke eisen aan (financiële) instellingen om hun integriteit te waarborgen en zo ongewenste handel, witwassen en terrorisme te bestrijden.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis en/of de medisch adviseurs van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de APHI verzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) heeft in 2020 een verdrag gesloten met de Europese Unie (EU) voor de vergoeding van zorgkosten. Op het op moment van vastleggen van deze polisvoorwaarden voor 2024 accepteert het Verenigd Koninkrijk de EHIC en S2-verklaring. Mocht wet- en regelgeving veranderen, dan zullen wij die verandering uitvoeren vanaf de ingangsdatum.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing/Verklaring

Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig tot het moment van aanmelding bij de zorgaanbieder.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Alle overige instellingen die medisch specialistische zorg aanbieden, niet zijnde een ziekenhuis.

Ziekenhuis

- Een instelling voor medisch-specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling, waarin verblijf van 24 uur of langer is toegestaan en die tevens acute zorg kan leveren, waaronder in ieder geval (maar niet beperkt tot) spoedeisende hulp, acute verloskunde en ambulancezorg. Daarnaast beschikt de instelling voor medisch specialistische zorg naast een spoedeisende hulp, ook over een intensive care afdeling;
- Een instelling voor medisch-specialistische zorg met een erkenning van het ministerie van VWS als 'Expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen' (ECZA).

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Zeist, KvK-nummer: 28080300 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000647.

Zorgvraag

De klacht waarmee de verzekerde zich in eerste instantie wendt tot de specialist (=hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als één zorgvraag.

B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen

Hieronder vindt u de zorg die in de APHI verzekering is opgenomen. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor het recht op deze zorg. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

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

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

Is lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem en/of is er littekentherapie noodzakelijk? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1. Voor u start met de behandeling heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisvergoedingen recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
2. Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderysio- en oefentherapie
 - bekkenfysio- en oefentherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrie fysio- en oefentherapie

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Fysiotherapie in verband met etalagebenen

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch ZorgNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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

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

Is lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem en/of is er littekentherapie noodzakelijk? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

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

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1. Wordt u behandeld voor een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u voor u start met de behandeling een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisvergoedingen.
2. Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kindersfysio- en oefentherapie
 - bekkenfysio- en oefentherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrie fysio- en oefentherapie

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten;
- b. verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

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

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit laten behandelen door een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck? Dan heeft u recht op een traject vanaf de eerste behandeling tot ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde looptraining gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. oefentherapie voor perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel [1.1](#);
- b. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten;
- c. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Fysiotherapie voor etalagebenen

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten hiervoor alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch Zorgnet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet aangesloten is bij Chronisch Zorgnet? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten;
- b. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

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

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

- 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A
- 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B1*
- 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B2**, C en D

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

- 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B1*
- 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B2**, C en D

* B1: GOLD-Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en bij een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit

**B2: GOLD-Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten;
- b. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

1.7 Valpreventieve beweeginterventie voor ouderen

Heeft uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of Praktijkondersteuner Huisarts (POH) ouderenzorg een valrisicobeoordeling uitgevoerd nadat uit een valrisico-test naar voren is gekomen dat u een hoog valrisico heeft? En is op grond van de valrisicobeoordeling vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut? Dan heeft u ten hoogste één keer per twaalf maanden recht op een valpreventieve beweeginterventie (trainingsprogramma).

Voorwaarden voor het recht op een valpreventieve beweeginterventie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg;
2. Uit een valrisico-test is gebleken dat u een hoog risico heeft om te vallen. Op grond van een daaropvolgende valrisicobeoordeling is vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut;
3. De valrisicobeoordeling moet door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg zijn uitgevoerd;
4. De valpreventieve beweeginterventie wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
5. De fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck werkt met een valpreventieve beweeginterventie die door het RIVM is beoordeeld en bij het Loket Gezond Leven van het RIVM is geregistreerd;
6. U heeft recht op ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden, indien aan de betreffende voorwaarden is voldaan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. een valpreventieve beweeginterventie wanneer uit de valrisico-test blijkt dat u een laag of middelhoog valrisico heeft;
- b. een valpreventieve beweeginterventie wanneer uit de valrisico-test weliswaar blijkt dat u een hoog valrisico heeft, maar op grond van de valrisicobeoordeling niet is vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. U kunt in dat geval mogelijk terecht bij uw eigen gemeente.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.2 Ergotherapie

U heeft recht op 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dit is 10 uur per kalenderjaar. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op toeslagen voor:

- a. afspraken buiten reguliere werktijden;
- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Hulpmiddelen

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.28](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisvergoedingen. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

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

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij op basis van het preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: wetten.overheid.nl; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op Zoeken; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de inhoudsopgave op Bijlage 2;
 - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist. De apotheker of medisch speciaalzaak stelt aan de hand van de door uw arts of diëtist ingevulde 'Verklaring dieetpreparaten' vast of aan de voorwaarden is voldaan.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisvergoeding in dit artikel, maar onder de extra vergoedingen, zie artikel [C.10 Orthodontie](#).

N.B.

De vergoeding geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltspleet (schisis).
- Voor deze behandeling is mededagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- sealing (afdichten groeven van kiezen);
- parodontale hulp (behandeling van tandvles);
- anesthesie (plaatselijke verdoving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugddarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
- U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven:
 - voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21);
 - voor autotransplantaten (de diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
 - voor sealen in het melkgebit;
 - voor het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (V30/V35);
 - als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x (M01 en/of M02));
 - als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6x M03) per dag nodig is;
 - als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18x M03) per jaar nodig is;
 - als er meer dan 6 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 95) per dag of 10 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 95) per jaar geplaatst moeten worden.

Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

- Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisvergoedingen. Dit kan uit een extra vergoeding vergoed worden;
- implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#), [B.10](#), [B.12](#) of [C.12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- een therapeutische injectie met botox (G44);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisvergoeding in dit artikel, maar onder de extra vergoedingen zie artikel [C.10 Orthodontie](#).

B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een mondhygiënist mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende kunstgebitten en klikgebitten:

- a. een uitneembaar volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- b. een tijdelijk uitneembaar volledig kunstgebit (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- c. een uitneembaar volledig overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- d. een volledig klikgebit op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een klikgebit op implantaten in de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledig kunstgebit of klikgebit (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren maximumbedragen voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten

1. Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of kaakchirurg u hebben doorverwezen.
3. Bij een tandtechnicus heeft u alleen recht op reparaties (dus niet rebasen) aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. U heeft hier alleen recht op als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.
4. Als de kunstgebitten genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijk kunstgebit (P023) genoemd onder (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Laat u een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
6. Laat u een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor de boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembaar volledig klikgebit op implantaten dat ouder is dan 5 jaar of voor een eenvoudige reparatie van een klikgebit zonder staafdemontage en zonder afdruk (code J104) als die na 4 maanden na plaatsing van het klikgebit uitgevoerd wordt.
7. Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel [B.10](#)) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschaal zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
7. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Ogen en oren

B.13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysicus audioloog of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysicus audioloog of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het behandelplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren. Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysicus visueel systeem eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking. Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarden voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

1. Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.
2. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Is bij u in het verleden de ZG-stoornis al vastgesteld door een klinisch fysicus audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG-stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

U heeft geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11*), als:

- het gaat om een heraanmelding;
- er geen wijziging in de ZG-stoornis heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een verandering in medische situatie en/ of persoonlijke situatie waardoor hernieuwde behandeling vanuit de basisvergoedingen noodzakelijk is;
- de ZG zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag (hulpvragen) beantwoordt kunnen worden binnen zorgprogramma 11;
- de ZG zorgverlener de huisarts schriftelijk informeert over het gelopen traject. De huisarts documenteert de informatie in het dossier.

* Zorgprogramma 11: dit zorgprogramma is onder meer bestemd voor mensen die al eerder behandeling en/of training hebben ontvangen en zich opnieuw melden ('verkorte route'). Ook volwassenen die voor het (eerst) geconfronteerd worden met een verandering in hun visuele functioneren (bijvoorbeeld Retina Pigmentosa) en een hulpvraag hebben veelal gericht op het optimaal gebruik van de restvisus, kunnen gebruik maken van zorgprogramma 11, evenals ouderen (55+) met een verworven visuele beperking en gerichte vragen om de zelfstandigheid te behouden. De aandoening is bekend, het visueel functioneren is in beeld, en de cliënt meldt zich met één of twee gerichte hulpvragen. Deze hulpvragen zijn gericht op het leren compenseren van de beperking en/of het optimaal gebruik van de restvisus met als doel het behouden van de zelfstandigheid. Meestal kan de zorgvraag binnen 10 uur worden beantwoord.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Psychische zorg

B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een psychische stoornis? Dan heeft u recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Is het nodig dat u wordt opgenomen voor de behandeling van uw psychische stoornis? Dan heeft u naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:

- a. verblijf met verpleging en verzorging;
- b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op Geneeskundige GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist (psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten), straatdokter, SEH arts (spoedeisende hulp) of regiebehandelaar (bij doorverwijzing). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.
3. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals gepubliceerd door het ministerie van VWS.
4. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat u aangemeld moet zijn bij de zorgaanbieder binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5. Uw zorgverlener beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.
6. Voor uw behandeling in de GGZ is het nodig dat u een regiebehandelaar heeft. Welke behandelaren in de ggz regiebehandelaar mogen zijn, staat beschreven in de geldende veldafpraak. Deze vindt u op onze website.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere geen recht op:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d. geneeskundige ggz voor verzekerden tot 18 jaar, met of zonder verblijf.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisvergoedingen valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisvergoedingen geen recht heeft.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 365 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 365 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Langdurig verblijf

Is voor u langdurig medisch verblijf in een GGZ-instelling noodzakelijk (langer dan 365 dagen)? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Uw zorgverlener vraagt deze toestemming in de 9e en/of 21e maand van de behandeling bij ons aan door de ingevulde Checklist Langdurig Medisch Noodzakelijk Verblijf GGZ in te dienen via de webpagina [zk.nl/machtigingggz](https://www.zk.nl/machtigingggz). De toestemming is maximaal 12 maanden geldig.

Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat u langer dan 365 dagen opgenomen blijft? Dan kunt u in overleg met uw zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig:

1. voor psychiatrisch verblijf. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener voorafgaand aan het verblijf het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: [zk.nl/machtigingggz](https://www.zk.nl/machtigingggz). Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
2. voor behandeling met het geneesmiddel Spravato (esketamine) bij een moeilijk behandelbare depressie door een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: [zk.nl/machtigingggz](https://www.zk.nl/machtigingggz). Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
3. voor behandeling in het buitenland door een zorgverlener zonder Nederlandse AGB-code. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: www.zilverenkruis.nl/consumenten/service/buitenland/formulieren/machtiging-buitenland-ggz. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Spreken en lezen

B.16 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Logopedisten behandelen aandoeningen op het gebied van persoonlijke communicatie, stem, taal, spraak, gehoor en slikken. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Vervoer

B.17 Vervoer per ambulance of ziekenvervoer

17.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet ambulancevoorzieningen:

- a. van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de artikelen in hoofdstuk 'Basisvergoedingen' vergoed wordt;
- b. van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1. Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
2. Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
3. U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

17.2 Ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,38 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

- a. ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
 - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u bent blijvend visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
 - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
 - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel [24.2](#);
 - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking volgens artikel [B.42](#).
- b. wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op ziekenvervoer:
 - van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisvergoedingen vergoed wordt;
 - van en naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van deze verzekering(en) worden verstrekt;
 - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- c. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoeken of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor ziekenvervoer

Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 118,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op ziekenvervoer

1. Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt toestemming via de Zilveren Kruis App of via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is. U vindt meer informatie over de aanvraagprocedure op zk.nl/vervoer.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisvergoedingen recht op heeft.
3. Is ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van ziekenvervoer

Heeft u recht op ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van ziekenvervoer:

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
2. Als u kiest voor het recht op overnachting, dan behoudt u op de eerste en laatste dag van die behandelperiode recht op ziekenvervoer voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie. Op de vergoeding van de overnachting is geen eigen bijdrage van toepassing.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen. Wij kunnen u verzoeken om een betaalbewijs, ook wanneer u de nota contant heeft betaald.

Voeten

B.18 Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera

Heeft u een verhoogd risico op voetulcera vanwege diabetes mellitus (suikerziekte), een andere aandoening of een medische behandeling? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel (zorgprofiel 1, 2, 3 of 4). Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Sim's of risicoclassificatie.

Na de vaststelling van het zorgprofiel wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. U heeft recht op de zorgonderdelen zoals opgenomen in de geldende zorgmodule over preventie van voetulcera van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die onder de basisverzekering valt. Deze zorgmodule kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

De voetzorg waar u volgens deze polis recht op heeft, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel [B.38](#).

Voorwaarden voor het recht op preventieve voetzorg

1. Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:

- De podotherapeut moet als zodanig geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen. De pedicure werkt in onderaannemerschap voor de podotherapeut. Een pedicure is, als het gaat om:
 - een diabetische voet:
 - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
 - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT;
 - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
 - een reumatische voet:
 - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV) die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
 - een medisch pedicure (MP) of een pedicure met de aantekening 'reumatische voet' (RV), die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT;
 - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
 - een andere indicatie die leidt tot een verhoogd risico op voetulcera:
 - een paramedisch chiropodist of medisch pedicure, die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg);
 - een medisch pedicure, die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT.

2. De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.

3. U heeft een verklaring nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of en op welke preventieve voetzorg u onder dit artikel recht heeft.

4. Op de nota moet de podotherapeut het zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u een verhoogd risico op voetulcera heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel [B.38](#));
- hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen;
- voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw extra vergoeding;
- voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder Huisartsenzorg (zie artikel [B.37](#)).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Ziekenhuis en verpleging

B.19 Erfelijkheidsonderzoek en –advies

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u hier recht op in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor het recht op erfelijkheidsonderzoek en -advies

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.20 Mechanische beademing

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing;
- worden de elektriciteitskosten vergoed. Op onze website kunt u het actuele dagtarief vinden.

Voorwaarde voor het recht op mechanische beademing

U moet zijn doorwezen door een longarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.21 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan heeft u recht op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op!

De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel [B.28](#).

B.22 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

- transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;
- transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- kiezen van de donor;
- operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- onderzoeken, preserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op!

Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een Nederlandse basisverzekering of een APHI verzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de verzekering van de donor komt. Als de donor geen Nederlandse basisverzekering of een APHI verzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisvergoedingen van u (de ontvanger).

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

- Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker.
- Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.23 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urinerwag- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslapt bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie;
3. Patiënten met chronische pijn komen pas in aanmerking voor medisch specialistische revalidatie wanneer is voldaan aan de uitgangspunten van stepped care. Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. En als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 365 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 365 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

24.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
2. De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3. Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een specialist ouderengeneeskunde bij u thuis of in een eerstelijnsverblijf, of door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
5. Is er sprake van instroom vanuit de thuissituatie of een eerstelijns verblijf (ELV) zonder dat er voorafgaande medisch specialistische zorg heeft plaatsgevonden? 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.
6. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.25 Second Opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisvergoedingen.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisvergoedingen verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.15](#), [B.27](#) en [B.28](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Let op!

Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandelend arts of casemanagement dementie nodig is.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- a. Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
2. Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
3. De verpleging en verzorging moet worden geleverd door een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger.
4. Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
5. Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a. u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.32](#);
- b. u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u of uw zorgverlener voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de geldende zorgmodule palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal opleidingsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 365 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 365 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelmet bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [8.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 365 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 365 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.

Voorwaarde voor vergoeding

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis tijdens de derde en vierde week na uw behandeling. In de eerste en tweede week na de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Hoe declareer ik mijn nota's?

U kunt de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen. Gebruik hiervoor het declaratieformulier op onze website.

Zwanger (worden)/baby/kind

B.30 Bevaling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische indicatie ([30.1](#)) en geen medische indicatie ([30.2](#)).

30.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a. verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
- b. het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

30.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 40,- per verblijfsdag (€ 20,- voor de moeder en € 20,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 286,- per dag (€ 143,- voor de moeder en € 143,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 40,- ook het bedrag dat boven de € 286,- per dag uitkomt;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of door een verloskundig actieve huisarts die daartoe bevoegd en bekwaam is.

Voorbeeld:

Wij vergoeden maximaal € 246,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 286,- (of een hoger bedrag) -/- € 40,- (eigen bijdrage) = maximaal € 246,- per dag voor moeder én kind. NB Geboortecentra brengen vaak maar één dag in rekening.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een verloskundige met wie wij geen contract hebben afgesloten? Of maakt de verloskundige gebruik van een zorgverlener voor röntgen- en laboratoriumonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF- of ICSI ([31.1](#)), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen ([31.2](#)), sperma invriezen ([31.3](#)) en eicelvitricificatie ([31.4](#)).

31.1 IVF of ICSI

Wilt u een IVF- of ICSI behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. De 3 pogingen zijn voor IVF- en ICSI-behandelingen samen.

Wat wordt verstaan onder een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap?

Een IVF- of ICSI poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Vanaf het moment van de geslaagde follikelpunctie tellen wij de poging mee, ongeacht of er daadwerkelijk eicellen worden verkregen. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF- of ICSI poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF- of ICSI behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF en ICSI

- De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudende instelling voor IVF en ICSI.
- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.
- Voor behandeling in een instelling in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF- of ICSI poging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

1. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

31.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan heeft u recht op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- a. een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- b. een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- a. u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- b. u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- c. u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- a. het fragiele-X-syndroom;
- b. het turnersyndroom (XO);
- c. galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u recht op de volgende onderdelen van de behandeling:

- a. follikelstimulatie;
- b. eicelpunctie;
- c. invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF- of ICSI gebonden indicatie

Tijdens een IVF- of ICSI poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op invriezen. De poging moet dan wel onder uw basisvergoedingen vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- a. er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b. er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-of ICSI gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF- of ICSI poging (zie [31.1](#)).

Let op!

Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor het recht op invriezen

1. Het invriezen moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
2. Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan moeten wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
3. Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op invriezen, als u jonger bent dan 43 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.32 Kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:**a. thuis**

Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 5,10 per uur. Kraamzorg thuis wordt ook vergoed aan de voogd van de pasgeborene na adoptie of als de moeder is overleden tijdens of vlak na de bevalling.

b. geboorte- of kraamcentrum

Per ligdag in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht en dat voor maximaal 4 ligdagen. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 5,10 per uur. Voor de resterende geïndiceerde kraamzorguren is er recht op kraamzorg thuis.

c. in het ziekenhuis

Bevalt u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 40,- per (verblijf) dag (€ 20,- voor de moeder en € 20,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 286,- per dag (€ 143,- voor de moeder en € 143,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 40,- ook het bedrag dat boven de € 286,- per dag uitkomt.

U heeft recht op het aantal uren kraamzorg dat is vastgesteld op de wijze zoals hieronder aangegeven onder het kopje 'Hoeveel kraamzorg krijgt u?', verdeeld over ten hoogste 6 weken, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt een aantal uren kraamzorg in mindering gebracht op het hiervoor bedoelde aantal vastgestelde uren. Voor het resterende aantal uren bestaat er dan recht op kraamzorg thuis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste zes weken, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg dat u ontvangt, stelt de kraamverzorgende van het geboorte- of kraamcentrum vast. Hierbij volgt de kraamverzorgende in beginsel het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, dan wel het/de indicatieprotocol/-methodiek dat/die daarvoor in de plaats komt. Op onze website vindt u het protocol en een toelichting op dit protocol of neem contact met ons op.

B.33 Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft recht op zorg van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

B.34 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op:

- a. counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;
- b. de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze test, als u een medische indicatie heeft;
- c. invasieve diagnostiek (bijvoorbeeld vlokkentest of vruchtwaterpunctie). U heeft alleen recht op deze diagnostiek, als u een medische indicatie of een positieve NIPT heeft. Dit is aan de zorgverlener om vast te stellen.

Voorwaarde voor het recht op prenatale screening

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert, moet een WBO-vergunning hebben óf een samenwerkingsverband met een regionaal centrum met een WBO-vergunning hebben.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

Overig

B.35 Diëtetiek

U heeft recht op 3 uur diëtetiek door een diëtist. Dit is 3 uur per kalenderjaar. Diëtetiek bestaat uit voorlichting en advies op het terrein van voeding en eetgewoonten. De diëtetiek heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een risicoprofiel matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd Gewichtsgerelateerd GezondheidsRisico (GGR) volgens de Zorgstandaard Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

De GLI is een programma gericht op het veranderen van uw gedrag. Hierbij krijgt u begeleiding bij het verbeteren van uw eetgewoontes, het verhogen van uw bewegingsactiviteit en het vasthouden van deze gewoontes als duurzame gedragsverandering. Dit programma heeft een duur van 2 jaar.

Voorwaarden voor het recht op GLI

- U moet 18 jaar of ouder zijn. Bent u 16 of 17 jaar oud? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie als uw huisarts deze zorg voor u passend acht.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.
- Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts zijn vastgesteld. Deze risico's zijn uitgewerkt in de Zorgstandaard Obesitas van PON.
- De zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd bij het Loket Gezond Leven en dat als verzekerde zorg is aangemerkt.
- De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van HBO-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in één van de volgende registers:
 - het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
 - het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van de stichting Keurmerk Fysiotherapie;
 - of, in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op GLI wanneer uw GGR volgens de Zorgstandaard Obesitas door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts is ingeschat als licht verhoogd.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wij hebben voor GLI zorggroepen gecontracteerd, die samenwerken met zorgverleners die de effectieve GLI aanbieden. Werkt uw zorgverlener in opdracht van de zorggroep? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed. De zorggroep declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons; de zorgverlener declareert zijn kosten bij de zorggroep.

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

Let op!

GLI is een nieuwe zorgoplossing, die ook nog niet eerder op deze manier door zorgverleners aangeboden is. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraagformulier niet-gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de naam en verwijfsbrief van de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts waarop staat dat u een matig, sterk of extreem verhoogd GGR heeft;
- de naam en de AGB-code van de zorgverlener, die het GLI programma begeleidt;
- de naam van het GLI programma.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

B.37 Huisartsenzorg

U heeft recht op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, kan de zorg ook verlenen. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een huisarts met wie wij geen contract hebben afgesloten? Of maakt de huisarts gebruik van een zorgverlener voor röntgen- en laboratoriumonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.38 Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

U heeft recht op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Bij ketenzorg staat de patiënt met een chronische aandoening centraal. Zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma. Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor diabetes mellitus type 2, COPD, astma en VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma en de zorgstandaard VRM.

Recht op ketenzorg bij niet-gecontracteerde zorggroep

Let op!

Maakt u gebruik van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorggroep die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Of is uw zorgverlener niet aangesloten bij een zorggroep? Dan heeft u alleen recht op de zorg zoals medisch specialisten, diëtisten en huisartsen die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel [B.28](#), [B.35](#) en [B.37](#). Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel [B.18](#).

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.39 Ketenaanpak bij overgewicht en obesitas voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger volgens het Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)? Dan heeft u in het kader van een ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas dat twee domeinen (het sociale domein en het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw)/Basisverzekering) beslaat, recht op zorg en ondersteuning voor zover deze door het Zorginstituut Nederland als basisverzekeringszorg zijn geduid. Bij vaststelling van een matig verhoogd GGR of hoger volgt verwijzing naar een Centraal Zorgverlener (CZV) die een brede anamnese (oftewel een uitgebreide intake en analyse van de problematiek) uitvoert en een plan van aanpak opstelt. Als uit het plan van aanpak gemotiveerd blijkt dat u op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) aangewezen bent, heeft u naast recht op een GLI ook recht op verdere begeleiding en coördinatie van de CZV. De CZV begeleidt en coördineert binnen de keten de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en gezin en zorgt voor samenhang in de ketenaanpak. De GLI is een interventie die gericht is 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.

Voorwaarden voor het recht op Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas

1. Kinderen tot 18 jaar hebben recht op een GLI op basis van dit artikel. Bent u 16 of 17 jaar? Dan heeft u ook recht op de GLI voor volwassenen uit [B.36](#) wanneer de huisarts deze zorg voor u als passend acht. Zorg op grond van dit artikel en [B.36](#) kan niet tegelijkertijd plaatsvinden.
2. U moet doorverwezen zijn door een huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige, waarbij de jeugdverpleegkundige, gelet op punt 8 hieronder, niet naar zichzelf mag verwijzen.
3. Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts, kinderarts, jeugdarts, of jeugdverpleegkundige zijn vastgesteld volgens het Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas van PON.
4. U heeft recht op een GLI en de verdere begeleiding en coördinatie van de Centrale Zorgverlener (CZV) vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger én als een GLI-programma (onderbouwd) onderdeel is van het zorgplan.
5. Het GLI-programma heeft een doorlooptijd van maximaal 24 aaneengesloten maanden.
6. De inzet van de Centrale Zorgverlener kan binnen deze ketenaanpak in zijn totaliteit maximaal 3,5 jaar duren.
7. De fase tussen het uitvoeren van de anamnese en de start van de GLI (tussenfase) heeft een maximale duur van 6 maanden. Verlenging van de tussenfase is alleen mogelijk als daar duidelijke argumenten voor zijn en wij hier vooraf toestemming voor hebben verleend. De Centrale Zorgverlener moet daartoe een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen via onze website.
8. De Centrale Zorgverlener (CZV) is een (jeugd)verpleegkundige met een HBO+ opleiding aangevuld met een specifieke opleiding tot CZV met aandacht voor kennis van het sociaal- en zorgdomein, specifiek gericht op jeugd en gezin. De CZV moet deze opleidingen aantoonbaar met goed gevolg hebben afgerond.
9. De GLI moet worden uitgevoerd door een HBO geschoolde kinderleefstijlcoach. De vereiste competenties waar de kinderleefstijlcoach over moet beschikken, worden nog nader uitgewerkt door de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN). De BLCN moet in dat kader inzichtelijk maken welke aanvullende eisen gelden voor de opleiding tot kinderleefstijlcoach ten opzichte van de opleiding tot leefstijlcoach voor volwassenen (bijvoorbeeld de 'systemische' benadering), hiervoor opleidingen accrediteren en een register voor kinderleefstijlcoaches opstellen. Zodra de BLCN een register voor kinderleefstijlcoaches heeft opgesteld, dienen de kinderleefstijlcoaches daarin geregistreerd te staan.
10. De kinderleefstijlcoaches werken met GLI-programma's voor kinderen, waarvan de effectiviteit door het RIVM op een voldoende niveau is vastgesteld en bewezen en die zijn aangemerkt als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland/het Zorginstituut Nederland en ons.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. een anamnese en het opstellen van een plan van aanpak wanneer de GGR volgens het Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) door de huisarts of kinderarts is ingeschat als licht verhoogd.
- b. een GLI en de verdere begeleiding en coördinatie van de CZV wanneer de GLI – ondanks dat u een matig verhoogd GGR of hoger heeft – geen (onderbouwd) onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak van de CZV.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.40 Stoppen-met-rokenprogramma

U heeft maximaal 1 keer per kalenderjaar recht op een stoppen-met-rokenprogramma dat als doel heeft te stoppen met roken. Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op een stoppen-met-rokenprogramma

1. Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
2. Het programma moet zijn opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de geldende zorgmodule 'Stoppen met Roken', en voldoen aan de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.41 Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan heeft u recht op zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- a. regelmatig bloedmonsters afneemt;
- b. de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook door een ander laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk;
- c. apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten;
- d. u opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen;
- e. u adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor het recht op zorg van een trombosedienst

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige (ingeval van een zwangerschap of bevalling), specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsmatige gebied. Het gaat hierbij onder andere om:

- oudere mensen met complexe aandoeningen (somatische en/of psychische);
- mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en multiple sclerose;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

De zorg bestaat uit:

- generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.
- zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien.

De zorg die u ontvangt, wordt bepaald door de zorgvraag en de professionele afweging die gelden voor de specifieke interventies die aangeboden worden. Deze zorg kan door de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde worden verleend (monodisciplinaire zorg). De behandeling kan ook worden geleverd door een multidisciplinair team dat staat onder regie van de regiebehandelaar gzsp. In beide situaties wordt de behandeling vastgelegd in een behandelplan. Deze zorg kan individueel of groepsgewijs worden ingezet. De geleverde zorg moet voldoen aan de Uitgangspunten 'Zorg in een groep' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) en Uitgangspunten 'Individuele prestaties' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP). Deze uitgangspunten zijn gezamenlijk opgesteld door diverse zorgaanbieders, beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze via zn.nl/publicaties.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen, klinisch psychologen en paramedici als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op zorg als de behandeldoelen zijn behaald of als er geen behandeldoelen meer zijn.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

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

C. Extra vergoedingen

Alternatief

C.1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten. Welke behandelingen wij vergoeden, kunt u lezen in het overzicht met beroepsverenigingen en behandelingen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen en behandelingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Uw alternatief genezer of therapeut moet een geldige persoonlijke AGB-code hebben en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan ons beleid alternatieve geneeswijzen. Het beleid en het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die in het vergoedingenoverzicht behandelingen zijn opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen en behandelingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.
2. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de alternatief genezer of therapeut staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én bij welke beroepsvereniging de alternatief genezer of therapeut is aangesloten.
3. Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
4. Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.
5. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel in Nederland geregistreerd zijn en staan in de G-standaard van de Z-index. De G-standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek. De G-standaard is een dynamische lijst die gedurende het jaar aangepast kan worden. De vergoeding kan dan ook gedurende het jaar wijzigen als de registratie wordt aangepast.
6. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek. We vergoeden deze producten maximaal tegen de vergoedingslimiet zoals die staat gepubliceerd in de G-Standaard (Z-index) en bekend is bij uw apotheek.
7. Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen alleen als een arts deze heeft voorgeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is;
- b. (laboratorium)onderzoek;
- c. manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
- d. behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden (de mate waarin iemand zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt) en/of preventie;
- e. werk- of schoolgerelateerde coaching;
- f. zorg die uit een ander artikel wordt vergoed. Voorbeeld hiervan is het artikel Mindfulness;
- g. psychosociale zorg voor verzekerden onder de 18 jaar.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100%
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100%
Aon Private Healthcare Insurance Complete	• Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100% • Bij een consult van een arts vergoeden wij maximaal € 75,- per dag. Bij niet-artsen vergoeden wij maximaal € 40,- per dag. Tezamen max. 20 consulten per kalenderjaar. • Bij Shiatsu-behandelingen vergoeden wij maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per kalenderjaar.
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	• Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100% • Bij een consult van een arts vergoeden wij maximaal € 75,- per dag. Bij niet-artsen vergoeden wij maximaal € 40,- per dag. Tezamen max. 20 consulten per kalenderjaar. • Bij Shiatsu-behandelingen vergoeden wij maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per kalenderjaar.

Buitenland

C.2 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

- a. medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland of Japan (naar keuze verzekerde);
- b. vervoer van het stoffelijk overschot (lijk of wanneer dit niet compleet is de restanten van het lichaam) van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland of Japan (naar keuze nabestaanden).

Voorwaarden voor vergoeding

1. Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
2. Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross moet vooraf toestemming hebben gegeven en het vervoer regelen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	100% naar Nederland
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	100% naar Nederland of Japan
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100% naar Nederland
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100% naar Nederland of Japan

C.3 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland

Gaat u naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website lcr.nl/landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding:

1. Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is en waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
 - u maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden;
 - of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking;
 - of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
 - u bent jonger dan 12 jaar.
2. De preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen) moeten zijn voorgeschreven door een arts van LCR.
3. De preventieve geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	• consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics: 100% • preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek • of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 150,- per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	• consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics: 100% • preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek • of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij andere zorgverleners: maximaal € 150,- per kalenderjaar

C.4 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisvergoedingen.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op!

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitvoerd door Eurocross beoordelen of er recht is op vergoeding. Zij beoordelen hiervoor of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En zij beoordelen of het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisvergoedingen zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aon Private Healthcare Insurance Complete	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

4.2 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk, Recht op zorg en De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	overnachtungskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

C.5 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem en/of littekentherapie vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u vanuit de basisvergoedingen recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)).

Bent u 18 jaar of ouder? En heeft u vanuit de basisvergoedingen recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet altijd vergoed vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)). De vergoeding uit deze extra vergoeding geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de extra kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL), de stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysio- en oefentherapie
 - bekkenfysio- en oefentherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrie fysio- en oefentherapie
 - psychosomatische fysio- en oefentherapie
 Wilt u weten bij welke therapeuten u de extra kosten van verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op!

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding tot het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Fysiotherapie in verband met etalagebenen

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch ZorgNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en huidtherapeut heeft verstrekt;
- een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel [C.6](#).

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal 54 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal 54 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)

C.6 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- als u revalideert van voormalig hartfalen;
- als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals ReumaNederland die heeft bepaald);
- als u diabetes type 2 heeft;
- als u COPD heeft in stadium I of II van de Gold-Classificatie;
- als u een oncologische aandoening heeft of hiervan aan het herstellen bent.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor u start met het beweegprogramma heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist).

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 350,- per persoon per aandoening per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 350,- per persoon per aandoening per kalenderjaar

Hulpmiddelen

C.7 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van de eigen bijdrage voor hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

7.1 Eigen bijdrage toupim van eigen haar of pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor een toupim van eigen haar of pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een toupim van eigen haar of een pruik vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.3 Hulpmiddelen](#)).

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

7.2 Wettelijke eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.3 Hulpmiddelen](#)).

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100% van de wettelijke eigen bijdrage
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100% van de wettelijke eigen bijdrage

C.8 Eigen bijdrage overige hulpmiddelen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het Reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hulpmiddel vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.3 Hulpmiddelen](#)).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke eigen bijdragen orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100% van de wettelijke eigen bijdrage
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100% van de wettelijke eigen bijdrage

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

C.9 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van sommige geneesmiddelen. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisvergoedingen. Het deel dat u zelf moet betalen, is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisvergoedingen of de extra vergoedingen. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisvergoedingen vergoed mogen worden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Moet u een eigen bijdrage betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten? Dan vergoeden wij deze eigen bijdrage niet.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit [D.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#) en daarna vanuit [C.10](#), [C.12](#) en [C.13](#), wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

C.10 Orthodontie

10.1 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar gedurende de wachttijd en de periode daarna geen recht heeft of krijgt op vergoeding van de kosten van orthodontie die gedurende de wachttijd zijn gemaakt. De wachttijd geldt als u Aon Private Healthcare Insurance Complete of Aon Private Healthcare Insurance Excellent afsluit en in heel 2023 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

10.2 Orthodontie voor verzekerden vanaf 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar gedurende de wachttijd en de periode daarna geen recht heeft of krijgt op vergoeding van de kosten van orthodontie die gedurende de wachttijd zijn gemaakt. De wachttijd geldt als u Aon Private Healthcare Insurance Complete of Aon Private Healthcare Insurance Excellent afsluit en in heel 2023 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 1.500,- voor de gehele duur van de verzekering
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 1.500,- voor de gehele duur van de verzekering

C.11 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage kunstgebitten

Heeft u een uitneembaar volledig kunstgebit en/of klikgebit al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisvergoedingen of deze laten repareren of rebasen (zie artikel [B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten](#))? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100% tot maximaal € 115,- per persoon per 5 kalenderjaren
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100% tot maximaal € 115,- per persoon per 5 kalenderjaren

C.12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- esthetische/cosmetische behandelingen;
- kronen als duurzaam herstel met een vulling mogelijk is;
- kronen in het melkgebit;
- kronen op jonge leeftijd;
- onnodig kostbare behandelingen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

Let op!

De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 10.1 van deze polisvoorwaarden.

C.13 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Als er toestemming is om de directe schade aan het gebit als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteerd kan worden. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of niet sprake is van een tijdelijke (d.w.z. nog niet definitieve) behandeling en of wel of geen sprake is van een volgroeid gebit. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van het gebit op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was of als er sprake is van reeds aanwezige schade of uitgestelde zorg aan het gebit. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisvergoedingen.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5. Een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen aan het gebit als sprake is van:

- a. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- b. het gebruik van verdovende middelen en/of overmatig gebruik van alcohol door verzekerde;
- c. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	maximaal € 10.000,- per ongeval

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

C.14 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- prismabrillen;
- de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisvergoedingen (zie artikel [B.3 Hulpmiddelen](#));
- losse monturen en/of accessoires;
- gekleurde contactlenzen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal € 350,- per 3 kalenderjaren voor brillen en/of contactlenzen samen
Aon Private Healthcare Insurance Complete	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 350,- per 3 kalenderjaren voor brillen en/of contactlenzen samen

C.15 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren ([15.1](#)) en lensimplantatie ([15.2](#)).

15.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op!

In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

15.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van lensimplantatie met een monofocale (standaard) kunstlens vanuit de basisvergoedingen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 500,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 15.1 en/of 15.2 samen
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 500,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 15.1 en/of 15.2 samen

C.16 Optometrist

Wij vergoeden de kosten van vroegtijdige opsporing van oogziekten door een optometrist.

Voorwaarde voor vergoeding

De optometrist moet aangesloten zijn bij de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal 1 onderzoek per persoon per 3 kalenderjaren
Aon Private Healthcare Insurance Complete	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal 1 onderzoek per persoon per 3 kalenderjaren

Vervoer

C.17 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van artikel [B.17 Vervoer per ambulance of ziekenvervoer](#)? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

17.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer op grond van artikel [B.17.1 Vervoer per ambulance](#) of [B.17.2 Ziekenvervoer](#).

Wij vergoeden de kosten van (meerpersoons) taxivervoer of eigen vervoer per auto, zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor verblijf;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch-instrumentmaker om uw prothese aan te passen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 071 365 41 54.
2. U moet vervoerd worden voor zorg die vergoed wordt vanuit [B. Verzekerde zorg APHI verzekering - basisvergoedingen](#) of [C. Extra vergoedingen](#).
3. U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg, die nodig is, geleverd kan worden, tenzij u dit anders met ons bent overeengekomen.
4. De zorgverlener mag niet meer dan 200 kilometer van u af zijn gevestigd, tenzij wij dit anders met u zijn overeengekomen.
5. U gebruikt het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	• € 0,38 per kilometer bij vervoer per eigen auto • 100% vergoeding van de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) • 100% vergoeding van de kosten van taxivervoer tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	• € 0,38 per kilometer bij vervoer per eigen auto • 100% vergoeding van de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) • 100% vergoeding van de kosten van taxivervoer tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Ziekenhuis en verpleging

C.18 Second opinion door Royal Doctors

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door Royal Doctors. De second opinion wordt uitgevoerd door een (internationale) specialist uit het netwerk van Royal Doctors. De beoordeling vindt plaats op basis van uw bestaande medisch dossier. U wordt niet fysiek door een specialist van Royal Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen bij de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 364 02 80.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	100%
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	100%
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

C.19 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand door een medisch specialist.

Let op!

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding tot het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

C.20 Cosmetische chirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De behandeling dient plaats te vinden in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC);
2. Er moet vooraf schriftelijk toestemming door ons zijn verleend.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 500,- per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 500,- per kalenderjaar

Zwanger (worden)/baby/kind

C.21 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	100%
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	100%
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

C.22 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

22.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisvergoedingen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	100%
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	100%

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

22.2 Eigen bijdrage kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie

Bent u vanuit de basisvergoedingen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	100%
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	100%
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

22.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum. Met uitgestelde kraamzorg wordt bedoeld, kraamzorg verleend na de 10e dag van de geboorte van het kindje.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De uitgestelde kraamzorg moet worden geleverd door een gecontracteerd kraamcentrum.
2. Het gecontracteerde kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Let op!

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding tot het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100% tot maximaal 15 uur per zwangerschap
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100% tot maximaal 15 uur per zwangerschap

22.4 Doula

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een gediplomeerd Doula (zwangerschap- en bevallingscoach).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet toestemming hebben van uw behandelend arts, specialist of verloskundige.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 300,- per zwangerschap
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 300,- per zwangerschap

22.5 Geboorte-uitkering

Bij een geplande bevalling van een vrouwelijke verzekerde buiten Nederland bestaat recht op een geboorte-uitkering.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven voor de bevalling in het buitenland.
2. De kosten moeten aantoonbaar in het kader van de bevalling zijn gemaakt.

Wat wij niet vergoeden

U ontvangt geen vergoeding voor kosten die niet direct samenhangen met de bevalling of geboorte, zoals reiskosten naar het land van herkomst.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal € 3.000,- per bevalling buiten Nederland
Aon Private Healthcare Insurance Complete	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 3.000,- per bevalling buiten Nederland

22.6 Health check

Wij vergoeden de kosten van de health check (preventieve gezondheidstest).

Let op!

Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human of &nipd die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundige van Care for Human? Ga dan naar de website careforhuman.nl.

Kiest u niet voor Care for Human of &nipd? Dan vergoeden wij maximaal € 125,- voor een gezondheidscheck van 30 minuten als daarin het lipidenbeeld, de BMI, het glucose en de bloeddruk bepaald wordt en een persoonlijk advies wordt meegegeven.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	• bij gecontracteerde zorgverlener: 1 keer per persoon per 2 kalenderjaren • bij niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal € 125,- per persoon per 2 kalenderjaren
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	• bij gecontracteerde zorgverlener: 1 keer per persoon per 2 kalenderjaren • bij niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal € 125,- per persoon per 2 kalenderjaren

C.23 Voeding

23.1 Diëtetiek door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisvergoedingen aanspraak op diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisvergoedingen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op!

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding tot het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. U kunt dit tarief bij ons opvragen.

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

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	maximaal 1 uur per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal 1 uur per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal 1 uur per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal 1 uur per persoon per kalenderjaar

C.24 Fit worden of blijven

C.25 Overige cursussen

25.1 Zorg voor vrouwen

Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen: Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.
2. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

C.26 Preventieve geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van:

- a. röntgenologisch borstsonderzoek;
- b. inentingen tegen hondsdoelheid en rode hond;
- c. griepvaccinatie;
- d. tetanusvaccinatie;
- e. vaccinatie tegen meningokokken;
- f. Y-globuline;
- g. immunisatie in verband met zwangerschap.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

C.27 Preventieve onderzoeken

Onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 onderzoek per 2 kalenderjaren);
- prostaatkanker.

Vergoeding van de kosten wordt niet verleend indien het onderzoek deel uitmaakt van het bevolkingsonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

Een preventief onderzoek is een onderzoek dat zonder dat er sprake is van gezondheidsproblemen of klachten wordt uitgevoerd.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	100%
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	100%

Overig

C.28 Speciale dekking KLM Health Services

Wij vergoeden de kosten van consulten verleend door een Japanse arts.

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 20,- per consult, maximaal 10 consulten per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 20,- per consult, maximaal 10 consulten per persoon per kalenderjaar

C.29 Medische check-up

Vergoeding van de kosten van een medische Check-up met als doel inzicht te krijgen in uw gezondheid.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden één Check-up per kalenderjaar;
- Wij vergoeden alleen een Check-up uitgevoerd door het Teikyo Diagnostic Centre, de KLM Health Services, de Roppongi Avenue Clinic of het Japan Expats Center.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én de medische Check-up én de Health check (artikel [22.6](#)).

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	maximaal 1 Check-up tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal 1 Check-up tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Vergoedingen vanuit een budget

Voor de in artikel [C.30](#) tot en met [C.35](#) genoemde kosten tezamen geldt een vergoeding van:

Extra vergoeding	Dekking
Aon Private Healthcare Insurance Basic	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Supplement	geen dekking
Aon Private Healthcare Insurance Complete	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
Aon Private Healthcare Insurance Excellent	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

C.30 Acnébehandeling

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. De huidtherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
2. De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS), De Huidprofessional of in het SKIN register met de specialisatie Acné.
3. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. cosmetische middelen;
- b. een laserbehandeling.

C.31 Camouflagelessen

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
2. De huidtherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
3. De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS), De Huidprofessional of in het SKIN register met de specialisatie Camouflage.
4. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

C.32 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een (sport)podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en/of (sport)steunzolen. Tot de genoemde behandelingen rekenen wij naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
2. De behandelend sportpodotherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
3. De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
4. De behandelend podoposturaal therapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
5. De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die in het bezit is van het SEMH certificaat 'Orthopedische InstrumentMakerijen' (OIM) of 'Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven' (OSB). Sportsteunzolen moeten zijn geleverd door een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeuten via de website sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. De leden van het VSO-netwerk kunt u vinden via de website vsonetwerk.nl. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de SEMH of het VSO-Netwerk.
6. Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, een behandeling, een hulpmiddel of een speciale techniek. Op de nota moet ook de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. schoenen en schoenaanpassingen;
- b. preventieve voetzorg die onder de basisverzekering valt ([B.18 Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera](#)).

C.33 (Preventieve) cursussen

33.1 Cursus afvallen

Wij vergoeden de kosten van een cursus bij Happy Weight. Het programma duurt 15 weken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

33.2 Cursus leren omgaan met een aandoening

Wij vergoeden de kosten van de volgende cursussen:

- a. Bij **hartproblemen** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.
- b. Bij **lymfoedeem** een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij het Nederlands Paramedisch instituut (NPI). Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- c. Bij **reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door ReumaNederland of een thuiszorginstelling.
- d. Bij **diabetes type 2** een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- e. **Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen.** De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk leder(in).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

33.3 Programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)

Wij vergoeden de kosten van het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).

Waar kunt u terecht?

U kunt terecht bij alle aanbieders van Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) die het programma aanbiedt onder begeleiding van een lid van de Nederlandse vereniging van lesgevers sport en bewegen 55+ (VML). Uw zorgverlener kan u vertellen of hij hieraan voldoet.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

33.4 EHBO- en reanimatiecursussen

Wij vergoeden de kosten van de volgende cursussen:

- a. Een **basis reanimatiecursus** via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR) of conform de Nederlandse EHBO Richtlijnen.
- b. Een **EHBO-cursus** die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- c. Een **cursus eerste hulp bij kindergevallen** die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

33.5 Slaapcursus

Wij vergoeden de kosten van:

- a. een online cursus slaaptherapie, waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- b. een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

C.34 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij verblijf in een ziekenhuis, GGZ-instelling of hospice

Verblijft u in een ziekenhuis, GGZ-instelling of hospice in Nederland, België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw bezoek de kosten van:

- a. overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis, GGZ-instelling of hospice ligt;
- b. het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, GGZ-instelling, hospice of het gasthuis. En de kosten van vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis, GGZ-instelling of hospice. Wij vergoeden € 0,38 per kilometer;
- c. openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, GGZ-instelling, hospice of het gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis, GGZ-instelling of hospice.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U gebruikt het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
2. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat uw bezoek de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.
3. Het gasthuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:
 - een ziekenhuis in Nederland; of
 - een ziekenhuis buiten Nederland waarmee wij een contract hebben gesloten.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van vervoer per vliegtuig.

C.35 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. overnachting in plaats van ziekenvervoer, wanneer u recht heeft op vergoeding hiervan uit artikel [B.17.2 Ziekenvervoer](#);
- b. de nacht voorafgaand aan de eerste behandeldag.

D. Vergoedingen Aon Asia Dental Care 250, 500, 1000 en 1500

D.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u Aon Asia Dental Care 250, 500, 1000 of 1500 afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wat mag een mondhygiënist declareren?

U heeft recht op controles, röntgenfoto's, verdovingen, mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Wat mag een tandprotheticus declareren?

U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

Wat mag een kaakchirurg declareren?

U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg als deze kosten niet worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel [B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar](#), [B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie](#), [B.10 Implantaten](#), [B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap](#) en [B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen](#)).

Wat mag een tandtechnicus declareren?

U heeft recht op kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame) door een tandtechnicus als er geen handelingen in de mond nodig zijn voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandtechnicus. Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. Zit er een breuk in uw gedeeltelijk kunstgebit? Dan moet de reparatie uitgevoerd worden door een tandarts en niet door een tandtechnicus. Bij een scheur is uw gedeeltelijk kunstgebit kapot, maar nog één geheel. Bij een breuk is uw gedeeltelijke kunstgebit in 2 of meer delen uiteengevallen.

Let op!

Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandartsverzekering nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen;
- een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
- een fluoridebehandeling (M40);
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97);
- cosmetische mondzorg (K001, K002, K003 en K004);
- mandibulair repositieapparaat (MRA: een beugel tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- volledige narcose en lachgas;
- gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- gedeeltelijk voltooid werk;
- autotransplantaten (H38 en H39);
- een therapeutische injectie met botox (G44).

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

Vergoeding	Dekking
Aon Asia Dental Care 250	Wij vergoeden alle behandelingen tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.
Aon Asia Dental Care 500	Wij vergoeden alle behandelingen tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.
Aon Asia Dental Care 1000	Wij vergoeden alle behandelingen tot maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.
Aon Asia Dental Care 1500	Wij vergoeden alle behandelingen tot maximaal € 1.500,- per persoon per kalenderjaar.

E. Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorgpakket

Met het Ziekenhuis Ontzorgpakket heeft u bij ziekenhuisverblijf recht op vergoeding van de kosten van verblijf in een één- of tweepersoonskamer, terwijl dat medisch gezien niet noodzakelijk is.

Let op!

Deze polisvoorwaarden zijn alleen van toepassing op verzekerden met een Ziekenhuis Ontzorgpakket. U kunt deze verzekering afsluiten als u 18 jaar of ouder bent. Op uw polisblad kunt u zien of u een Ziekenhuis Ontzorgpakket heeft afgesloten.

U dient het recht op vergoeding van de in deze aanvullende verzekering genoemde aanspraken aan te tonen door overlegging van een originele en gewaarmerkte nota waaruit wij kunnen opmaken tot welke vergoeding kan worden overgegaan.

E.1 Comfortvoorzieningen bij ziekenhuisverblijf in België of Duitsland

Bent u 18 jaar of ouder en verblijft u in een zorginstelling in België of Duitsland? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag. Als de één- of tweepersoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Wij vergoeden dan tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Verblijft u in een zorginstelling in België of Duitsland? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij tot maximaal € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Het gaat hierbij om een vergoeding voor de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Ook vergoeden wij een eventuele honorariumtoeslag. Wij vergoeden maximaal € 4.900,- per kalenderjaar voor de daggeldvergoeding en de honorariumtoeslag tezamen.

U heeft daarnaast zowel bij gecontracteerde als niet-gecontracteerde medische behandelingen in België of Duitsland geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van comfortvoorzieningen bij verblijf op de revalidatie-afdeling of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

Vergoeding	Dekking
Ziekenhuis Ontzorgpakket	maximaal € 70,- per dag tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar

E.2 Taxivervoer van en naar het ziekenhuis

Maakt u op de eerste en laatste dag van uw ziekenhuisverblijf in Nederland kosten voor taxivervoer? Dan vergoeden wij de kosten van dit vervoer vanaf uw woonadres naar en van het ziekenhuis. Begeleidt iemand u bij dit vervoer? Dan vergoeden wij ook de kosten van zijn of haar heen of terugreis vanaf het ziekenhuis naar en van uw woonadres. Per ziekenhuisverblijf vergoeden wij maximaal 4 taxiritten.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf toestemming van ons hebben gekregen voor het vervoer via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54

Vergoeding	Dekking
Ziekenhuis Ontzorgpakket	maximaal 4 taxiritten per ziekenhuisverblijf

E.3 Huishoudelijke hulp

Wij vergoeden de kosten van huishoudelijke hulp door een aangewezen zorgaanbieder tot maximaal 10 uur per opname van de persoon voor wie deze verzekering is afgesloten en medisch noodzakelijk in een ziekenhuis wordt verpleegd en de kosten van die verpleging geheel of gedeeltelijk door de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Onder verpleging wordt hier een verblijf van 24 uur of langer verstaan.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

De vergoeding vindt niet plaats bij opname in een psychiatrische inrichting, psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, sanatorium of het Nederlandse Astmacentrum te Davos.

Vergoeding	Dekking
Ziekenhuis Ontzorgpakket	maximaal 10 uur per opname

E.4 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan kunt u kinderopvang krijgen, buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de vierde dag van het ziekenhuisverblijf. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u gebruikmaken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. kinderopvang bij verblijf in een psychiatrische inrichting, psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, sanatorium of het Nederlandse Astmacentrum te Davos;
- b. het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

Vergoeding	Dekking
Ziekenhuis Ontzorgpakket	maximaal € 20,- per kind per werkdag tot een maximum van 60 werkdagen

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

- Op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur
- Op zaterdagen van 9.00 tot 13.00 uur
(**Extra:** zaterdag 11 november en zaterdag 30 december van 9.00 tot 17.30 uur
Zondag 31 december van 9.00 tot 17.00 uur)



Schrijven kan natuurlijk ook

- Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden
- JapaneseSupport@aon.nl voor Japanstaligen

Kijk op zilverenkruis.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.