

Overeenkomsten 2016

Basisverzekering & aanvullende verzekering


Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2016

I.	Algemeen gedeelte	5
II.	Prestatiewijze en dekking	25
III.	Zorgdiensten PNOzorg	55

Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2016

I.	Algemeen gedeelte	59
II.	Prestatiewijze en dekking	69

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNOzorg is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten. Telefoon: 030 639 62 62. Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnozorg.nl.



Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2016

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1	8
-----------	---

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2	15
-----------	----

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3	16
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 4	Fraude	16
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	17
Artikel 6	Betalingsverplichtingen	17
Artikel 7	Melding relevante gebeurtenissen	18
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	18
Artikel 9	Begin en einde van de Basisverzekering	18
Artikel 10	Geschillen	20
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	21
Artikel 12	Uitsluitingen	22
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder	23
Artikel 14	Materieel controleren	23
Artikel 15	Elektronische communicatie	23

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Aanpassingsstoornis

Een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op emotionele en psychische stress rond ingrijpende veranderingen in het leven (bijvoorbeeld overlijden, echtscheiding, ontslag of maatschappelijke ontwikkelingen).

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het profielregister van artsen infectieziektebestrijding of het profielregister artsen tuberculosebestrijding van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Arts voor verstandelijk gehandicapten

Een arts ingeschreven als arts voor verstandelijk gehandicapten in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Audiologisch centrum

Een als zelfstandig audiologisch centrum toegelaten instelling of het audiologisch centrum van een instelling voor medisch-specialistische zorg, voor advies en begeleiding van mensen met gehoorproblemen en kinderen met taal-spraakproblemen.

Basisverzekering

Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2016.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het Register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie bekkenfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte (in meters).

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum waarin mondzorgverleners met specifieke deskundigheden en vaardigheden – met gebruikmaking van de daar aanwezige faciliteiten en ondersteuning – samenwerken voor het verlenen van bijzondere tandheelkundige zorg.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg.

Diëtist

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

DSM IV-TR

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Deze dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)

Een centrum – ook wel huisartsenlaboratorium genoemd – dat laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek verricht op aanvraag van eerstelijnszorgverleners.

Ergotherapeut

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

EU- en EER-land

Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Generalistische Basis GGZ (geestelijke gezondheidszorg)

Het geheel van zorg voor de behandeling van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met lage complexiteit in combinatie met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. In geval van chronische problematiek is sprake van crisisgevoeligheid of instabiliteit, of ernstige problematiek in remissie. De zorg kan onder andere bestaan uit diagnostiek, (groeps)behandeling en eHealth.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt, waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat is opgenomen in het Register van Geneesmiddelen.

Geriatriciefysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriciefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatriciefysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling in een multidisciplinaire context van de persoon met een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met een matige tot hoge complexiteit of een hoog risico.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten voor verblijf en geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdbehandelaar

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

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts ingeschreven als huisarts in het huisartsenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Jeugdarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het profielregister jeugdartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS). De jeugdarts 0-4 jaar werd voorheen consultatiebureau-arts genoemd.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie kinderfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog, als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of als Kinder- en jeugdpsycholoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het specialistenregister van klinisch psychologen. Het register wordt beheerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of kraambureau of werkt als zelfstandige.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat deze veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan de klachten zal wegnemen of verminderen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie manueel therapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een (tand)arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus die de zorgverzekeraar in (para)medische zaken adviseert.

Medisch specialist

Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog.

Medisch-specialistische revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Een samenhangend geheel van zorgactiviteiten en maatregelen voor specifieke patiëntencategorieën, aangeboden door samenwerkende zorgverleners onder een herkenbare regiefunctie, waarvoor één integraal tarief geldt. Deze zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd.

Oedeemfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie oedeemfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Opname

Opname in een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, GGZ-instelling) of Wlz-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een dergelijke instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist, specialist-ouderengeneeskunde of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) of als Postmaster-Orthopedagoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Pedicure

Een pedicure met de aantekening Diabetische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures, een medisch pedicure ingeschreven in Kwaliteitsregister voor Pedicures of in het Register Paramedische Voetzorg.

Physician assistant

Een medische professional op HBO-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen, en kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Prestatie Basis GGZ

Een prestatie Basis GGZ omvat het geheel van zorg voor een categorie patiënten in de Generalistische Basis GGZ die past bij hun patiëntenprofiel. De prestatie Basis GGZ bestaat uit verschillende behandelcomponenten die passen bij de individuele zorgvraag van de patiënt. Er kan sprake zijn van zorgverlening door verschillende behandelaars. Deze componenten worden niet afzonderlijk bekostigd.

Productiesamenwerkingsverband

Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan de samenwerkende instellingen en eerstelijnszorgverleners.

Psychiater

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Receptplichtig geneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet uitsluitend op basis van een recept van een bevoegde voorschrijver mag worden afgeleverd.

SEH-arts

Spoedeisende hulp arts: een arts ingeschreven in het profielregister SEH-arts van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Specialist-ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

Een arts ingeschreven als specialist-ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten-ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in bijvoorbeeld een ziekenhuis of Wlz-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) niet nodig is.

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-land of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtsenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

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

Verslavingsarts

Een arts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen van het gebruik van verslavende middelen en de behandeling daarvan.

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

De persoon die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Verzorgende

Een verzorgende in de individuele gezondheidszorg, opgeleid volgens het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg en gerechtigd deze titel te voeren.

Voorschrift

Schriftelijke en gemotiveerde vaststelling, aanwijzing of instructie van een zorgverlener waar in staat welke zorg en/of welk genees-, hulp- of verbandmiddel u – gelet op uw gezondheidstoestand – nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

Een HBO-gediplomeerd verpleegkundige die onderdeel uitmaakt van een sociaal wijkteam of vergelijkbare gemeentelijke structuur en van de (in)formele netwerken van waaruit maatschappelijke ondersteuning en zorg (zoals huisartsenzorg) lokaal worden georganiseerd. De wijkverpleegkundige signaleert en onderzoekt zorgvragen. Hij of zij bepaalt de aard, inhoud en omvang van de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt en stemt de zorg af met de behandelaar(s). De wijkverpleegkundige kan ook zelf zorg verlenen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

ZZP GGZ-zorgproduct

Een pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met verblijf dat van toepassing is als het verblijf langer heeft geduurd dan 365 aaneengesloten dagen.

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

lid 1 De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (zorgpolis) en u een verzekeringspas.

lid 2 De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel II, artikel 7, dan zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

lid 4 U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. De behandel- of leveringsdatum zijn bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

lid 5 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan u. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet-verzekerde kosten voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgeschoten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.

- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is door de Basisverzekering, dan wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van de zorgverzekeraar – bij de zorgverlener te incasseren.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
 2. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 3. aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of degene belast met controle, medewerking te – laten – verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 4. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.

- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden indienen bij de zorgverzekeraar. Daarbij zijn de behandel- of leveringsdatum – dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven – bepalend. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwickelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.

- lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet-originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan tijdens deze termijn het origineel bij u opvragen.

- lid 4 Het niet nakomen van één of meer van bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude

- lid 1 Onder fraude verstaat de zorgverzekeraar: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de Basisverzekering, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.

- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan de zorgverzekeraar onderzoek doen. De zorgverzekeraar voert dit onderzoek uit volgens het *Protocol Verzekeraars en Criminaliteit*. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren

- lid 3 Bij vaststelling van fraude:
- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
 - vordert de zorgverzekeraar alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan - waaronder ook onderzoekskosten - terug;
 - kan de zorgverzekeraar daarvan aangifte doen bij de politie;
 - kan de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 11, lid 3;
 - heeft de zorgverzekeraar het recht om de Basisverzekering te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.
- lid 2 Als de Basisverzekering vervalt, verrekenet de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervaldag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. De zorgverzekeraar betaalt het saldo aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.
- lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting.
- lid 4 De verzekeringnemer moet de premie op de overeengekomen wijze vooruit betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet-verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.
- Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen

- lid 1** Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Basisregistratie personen - voorheen: Gemeentelijke Basisadministratie -.
- lid 2** Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan voor de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1** De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2** Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit geldt niet als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3** Een collectiviteitskorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden. De collectieve verzekeringsovereenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering

- lid 1** De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn.

De ingangsdatum van de Basisverzekering staat op het polisblad.

Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

- lid 2** Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- lid 3** Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.

- lid 4 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6, lid 5).
- lid 5 De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 De Basisverzekering eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert.
- De Basisverzekering eindigt ook als u door wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar buiten dat werkgebied komt te wonen.
- De zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk twee maanden voordat de Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij die Basisverzekering opzeggen als (voor) deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft (is) afgesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10 Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij het bewijs van de Basisverzekering (de zorgpolis) heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11 Als Zorginstituut Nederland u meedeelt dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd, kunt u de Basisverzekering binnen 14 dagen laten vervallen. U moet hiervoor aan het Zorginstituut en de zorgverzekeraar aantonen
- dat u in de drie maanden na verzending van het besluit waarin het Zorginstituut u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten al elders verzekerd was en
 - dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12 Als u door het Zorginstituut bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13 Als het Zorginstituut de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of kan de verzekeringnemer de klacht over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Dit kan in de Nederlandse of de Engelse taal. De procedure is altijd in het Nederlands.

De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 088 900 69 00
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

Voor het indienen van een klacht of het voorleggen van een geschil gelden voor zowel u als de verzekeringnemer termijnen.

- Heeft de zorgverzekeraar geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot één jaar na het antwoord van de zorgverzekeraar indienen.
- Heeft de zorgverzekeraar niet geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot dertien maanden na uw verzoek om heroverweging indienen.
- Wilt u een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorleggen?
Dit kan tot één jaar na het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar dat tot het geschil heeft geleid. Heeft u het handelen of nalaten niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van één jaar in op het moment dat u van het handelen of nalaten redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht bekeken en wilt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen?
Dit kan tot drie maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten.

U of de verzekeringnemer kan de zaak ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter. Als u of de verzekeringnemer hiervoor kiest, vervalt de mogelijkheid om de zaak voor te leggen aan de SKGZ.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

- lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens en de *Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* in acht. Deze gedragscode kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

- lid 2 Stelt u informatie over producten en/of diensten niet op prijs, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij de zorgverzekeraar, Postbus 459, 3990 GG Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 62, of via het contactformulier op www.pnozorg.nl.

- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert de zorgverzekeraar volgens de *Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* een Gebeurtenissenadministratie.

De zorgverzekeraar voert ook een Incidentenregister volgens het *Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen*. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement ook aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

- lid 4 Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan de zorgverzekeraar aan derden (zoals zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De zorgverzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen worden in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

- lid 5 De zorgverzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:
1. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo en Jeugdwet en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
 3. griepvaccinatie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
 7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel II, artikel 8, lid 1;
 8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
 9. niet-nagekomen afspraken;
 10. sportmedisch onderzoek, begeleiding en advies waarbij geen sprake is van een geneeskundige zorgvraag. Daarmee zijn ook kosten van activiteiten gericht op het bereiken van een bepaald sportniveau of het verbeteren van sportprestaties uitgesloten van vergoeding;
 11. incasso – al of niet via een rechtszaak – als u een nota niet – tijdig – betaalt aan een zorgverlener;
 12. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
 13. geestelijke gezondheidszorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

- lid 2 De Basisverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding voor vormen van zorg of diensten die op grond van andere wettelijke voorschriften kunnen worden bekostigd.

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Er zijn echter ook andere wetten voor (de vergoeding van kosten van) zorg en zorgdiensten, zoals de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. De overheid heeft bepaald dat de Basisverzekering geen dekking biedt als zorg of diensten in die andere wetten of daarop gebaseerde regelingen zijn geregeld, ook niet als u die zorg of diensten niet toereikend vindt. De Basisverzekering biedt daarom – bijvoorbeeld – geen dekking voor kortdurend verblijf onder verantwoordelijkheid van de huisarts in een wijkziekenboeg (vergoed op grond van de Wmo) en bijvoorbeeld ook niet voor de verpleging als beschreven in artikel 7 als u beroep kunt doen op gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning (geregeld in de Wlz).

- lid 3 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

- lid 4 Na een zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder

- lid 1 De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.
- lid 2 Heeft u een Basisverzekering bij de zorgverzekeraar, dan wordt u automatisch aangemeld bij ONVZ Langdurige Zorg B.V. Deze treedt op grond van de bepalingen van de Wlz voor u op als uitvoerder van die wet.


Artikel 14 Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Artikel 15 Elektronische communicatie

- lid 1 Als u of de verzekeringnemer er voor kiest contact met de zorgverzekeraar op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat de zorgverzekeraar mededelingen ook langs elektronische weg aan u mag doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.
- lid 2 Als u of de verzekeringnemer ons toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, of voor het elektronisch toezenden van de polis, kan die toestemming weer worden ingetrokken. Dat kan:
- schriftelijk: het verzoek moet zijn gericht aan PNOzorg, Verzekerenadministratie, Postbus 459, 3990 GG Houten;
 - via het contactformulier op www.pnozorg.nl.





Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2016

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	27
Artikel 2	Eigen risico	27
Artikel 3	Preventieve zorg	28
Artikel 4	Huisartsenzorg	31
Artikel 5	Eerstelijnsdiagnostiek	31
Artikel 6	Medisch-specialistische zorg	32
Artikel 7	Verpleging en verzorging	36
Artikel 8	Geboortezorg	38
Artikel 9	Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg	39
Artikel 10	Organtransplantatie en -donatie	41
Artikel 11	Dialysezorg	42
Artikel 12	Mechanische beademing	43
Artikel 13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	43
Artikel 14	Trombosedienst	43
Artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	43
Artikel 16	Audiologische zorg	44
Artikel 17	Paramedische zorg	44
Artikel 18	Mondzorg	45
Artikel 19	Farmaceutische zorg	47
Artikel 20	Hulpmiddelenzorg	49
Artikel 21	Ambulancevervoer	50
Artikel 22	Zittend ziekenvervoer	51
Artikel 23	Generalistische Basis GGZ	52
Artikel 24	Gespecialiseerde GGZ	52
Artikel 25	Buitenland	54
Artikel 26	Algemeen	54

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de in deel II (Prestatiewijze en dekking) beschreven kosten voor zorg en overige diensten. Daarbij zijn de bepalingen uit deel I (Algemeen gedeelte) ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener.

Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7, lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging.

lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

Bij bemiddeling in verband met wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. Betreft de bemiddeling verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 7, dan houdt de zorgverzekeraar rekening met eventuele voor haar geldende afspraken over taakafstemming met de gemeente waar de zorg zal worden geleverd.

Artikel 2 Eigen risico

lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.

De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving en van de multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek – zoals beschreven in artikel 5 – elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;
3. kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren;
4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;

5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;
7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

lid 3 De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2017 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2017 heeft ontvangen.

lid 4 Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

lid 5 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. het geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen;
- b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. het voor dat jaar geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover premie wordt betaald;
- b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 6 Als het eigen risico wijzigt tijdens het kalenderjaar en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al onder een Basisverzekering was verzekerd, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. ieder bedrag aan eigen risico in het betreffende kalenderjaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor het gold of zal gelden;
- b. deze bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 7 De uitkomsten bedoeld in lid 5 en 6 worden afgerond op hele euro's.

lid 8 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ, de prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct, de prestatie Basis GGZ of het ZZP GGZ-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel II ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:

1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.

lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.

a. Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door:

- de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts;
- een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten. De podotherapeut kan onderdelen van de zorg uitbesteden aan een pedicure, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten.

Welke zorg de zorgverzekeraar vergoedt, hangt af van uw zorgprofiel. De huisarts, medisch specialist of podotherapeut stelt dit zorgprofiel vast tijdens de jaarlijkse voetcontrole, op basis van het risico op het ontstaan van voetproblemen. Het zorgprofiel beschrijft welke zorg nodig is om diabetische voetulcera te voorkomen.

Als u diabetes mellitus heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
2. daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4:
 - frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
 - educatie over en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
 - advisering over adequaat schoeisel.

De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg als huisartsenzorg (artikel 4), ook als deze onderdeel uitmaakt van integraal bekostigde multidisciplinaire eerstelijnszorg.

Voetzorg is niet hetzelfde als voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen alsmede het knippen van de teennagels. Deze kosten zijn uitgesloten van de aanspraak.

b. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma, maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg – al dan niet in combinatie met geneesmiddelen – met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch specialist of verloskundige, vergoedt de zorgverzekeraar ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining door een huisarts, verpleegkundige of zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* kunt u raadplegen op www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt de zorgverzekeraar ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

c. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie als sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit programma's gebaseerd op de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Kleur je leven* of de cursus *In de put, uit de put*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

d. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25-30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, diëtist of andere zorgverlener kan de advisering dus ook uitvoeren. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). De daar beschreven voorwaarden zijn ook van toepassing op deze leefstijladviesing.

Als sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25-30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, waarbij dit verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts,

bestaat aanspraak op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. U moet - voor aanvang van de gecombineerde leefstijlinterventie - een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend zorgprogramma dat gericht is op het aanwinnen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als diëtietiek (artikel 17, lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals omschreven in de genoemde artikelen zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 17, lid 3). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding. Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts - voor alle leeftijden - als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering;
- begeleiding bij gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, psycholoog of andere zorgverlener in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze begeleiding.

e. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik als sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's die zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie zoals de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

f. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen als sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

Artikel 4 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Als het gaat om individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- of tuberculosebestrijding kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de zorg verlenen.

Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:

- het daarmee samenhangende (laboratorium)onderzoek dat in de huisartsenpraktijk zelf wordt uitgevoerd. Voor vergoeding van kosten voor (laboratorium)onderzoek dat elders wordt verricht in opdracht van een huisarts geldt artikel 5;
- multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen;
- voedselallergieonderzoek bij kinderen via de dubbelblinde, placebogecontroleerde voedselprovocatietest (DBPGVP). Deze kan ook worden uitgevoerd door een jeugdarts.

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- en/of tuberculosebestrijding omvat niet:

- algemene preventieve maatregelen, zoals collectieve voorlichting en vaccinaties, en bron- en contactopsporing in verband met collectieve preventie;
- voorlichting en advisering over en vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of uw aanvullende verzekering voor de kosten hiervan dekking biedt.

Artikel 5 Eerstelijnsdiagnostiek

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door een huisarts, verloskundige, eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), productiesamenwerkingsverband of ziekenhuis.

Eerstelijnsdiagnostiek omvat diagnostiek die wordt uitgevoerd op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener. De uitslagen komen bij deze zorgverlener terug. Het kan gaan

om laboratoriumonderzoek – zoals bloedanalyses en urineonderzoek –, beeldvormende diagnostiek – zoals röntgenonderzoek – en om functieonderzoek – zoals het electrocardiogram –.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek alleen als die is aangevraagd door een huisarts of verloskundige. Als de diagnostiek verband houdt met individuele zorg bij tuberculose(-infectie) of een infectieziekte kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de eerstelijnsdiagnostiek aanvragen.

Voor diagnostiek in verband met prenatale screening geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg* dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U kunt deze lijst aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.znformulieren.nl. Vaak kan uw zorgverlener de toestemming voor u aanvragen.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten behandelingen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen beschreven, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. Een actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

a. Behandeling van therapieresistente hypertensie

Voor behandeling van therapieresistente hypertensie – verhoogde bloeddruk – bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van percutane renale denervatie voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat ZonMw financiert. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde

hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

b. Intra-arteriële behandeling bij herseninfarct

Voor behandeling van een herseninfarct bij verzekerden bij wie behandeling met intraveneuze thrombolytica niet mogelijk of contra-geïndiceerd is, bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van intra-arteriële thrombolysie (IAT). Voorwaarde is dat u deelneemt aan de landelijke studie die in Nederland wordt uitgevoerd naar IAT: Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MRCLEAN). Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

c. Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose

Abcessen bij geïnfecteerde pancreasnecrose kunnen in plaats van chirurgisch ook endoscopisch – met toegang via slokdarm/maag – behandeld worden. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze transluminale endoscopische behandeling voor zover u deelneemt aan de landelijke, door ZonMw gefinancierde, studie TENSION: Transluminal Endoscopic versus Surgical necrosectomy in patients with infected pancreatic Necrosis.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

d. Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn

Patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Crohn – chronische ontsteking van het maag-darmstelsel – die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling

met onder andere TNF-alfa blokkers, kunnen behandeld worden met behulp van autologe stamceltransplantatie. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze autologe stamceltransplantatie voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

e. Adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij coloncarcinoom

Patiënten met operatief verwijderd colorectaal carcinoom en een hoog risico op het ontwikkelen van peritonitis carcinomatosa kunnen behandeld worden met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze adjuvante HIPEC voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

f. Behandeling met belimumab bij systemische lupus erythematosus (SLE)

Volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE) met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, kunnen aanvullend op die standaardbehandeling behandeld worden met het geneesmiddel belimumab. Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling met belimumab voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat is vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

g. Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij uitgezaaid melanoom

Patiënten met uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV kunnen behandeld worden met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs). Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze TIL-behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

h. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Vrouwen die na borstkanker een borstreconstructie ondergaan, kunnen behandeld

worden met autologe vet transplantatie. Tot 1 april 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg 'The Breast Trial'.

i. Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbale hernia

Patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom bij een lumbale hernia kunnen geopereerd worden door middel van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED). Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze PTED-operatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie – wegzuigen van onderhuids vet – van de buik;
3. abdominoplastiek – buikwandcorrectie –, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek – reconstructie van de huid –;
7. behandelingen gericht op sterilisatie – zowel man als vrouw –;
9. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie – zowel man als vrouw –;
10. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
11. behandeling van plagiocefalie – scheve schedel – en brachycefalie – brede schedel – zonder craniosynostose – voortijdige vergroeiing van schedelnaden – met een redressiehelm.

lid 5

Voor vergoeding van kosten voor mondzorg door de kaakchirurg geldt niet dit artikel, maar artikel 18.

Voor vergoeding van kosten voor Gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg) geldt niet dit artikel, maar artikel 24. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 23 en 24, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

Artikel 7 Verpleging en verzorging

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf. Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging of intensieve kindzorg genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende verleent de zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verpleging en verzorging waarbij de zorg

verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, en waarbij geen sprake is van verblijf in een ziekenhuis, GGZ-instelling of een Wlz-instelling. Onder geneeskundige zorg wordt in dit verband verstaan: zorg zoals omschreven in de artikelen 4 tot en met 18, 23 en 24 van dit deel II.

Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verzorging alleen als complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap de verzorging noodzakelijk maken, en daarbij tevens

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door de wijkverpleegkundige of een HBO-gediplomeerd kinderverpleegkundige en vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan is een dynamische set van afspraken die u met de zorgverlener maakt over zorg en zelfmanagement, op basis van uw individuele doelen, behoefte en situatie. Het zorgplan moet voldoen aan de *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, vastgesteld door beroepsvereniging Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN). U kunt dit normenkader aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Voor vergoeding van de kosten van kraamzorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan raden wij u aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de PNO ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verpleging en verzorging bedoeld in dit artikel op uw verzoek in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Bij de aanvraag en uitvoering van het Zvw-pgb zijn de voorwaarden van het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging van toepassing. Dit reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

De zorgverzekeraar kent een Zvw-pgb alleen toe als het gaat om de in lid 1 bedoelde zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar of als uit het zorgplan, bedoeld in lid 1, blijkt dat u naar verwachting langdurig – dat wil zeggen voor een ononderbroken periode van minimaal twaalf maanden – aangewezen zult zijn op verpleging en verzorging.

Daarnaast moet het gaan om geïndiceerde zorg:

- die vaak, maar op wisselende en/of ongebruikelijke tijdstippen of locaties nodig is, of
- die 24 uur per dag in de buurt of op afroep beschikbaar moet zijn, of
- die door de voorgaande omstandigheden moeilijk planbaar is, of
- waarbij de te gebruiken hulpmiddelen of de zorg zelf zo specifiek zijn dat er een noodzaak is om (een) vaste zorgverlener(s) in te zetten.

U moet aannemelijk maken dat u – eventueel met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger – in staat bent om het Zvw-pgb op zo'n manier in te zetten dat er sprake is van verantwoorde zorg en dat u – eventueel via een (wettelijk) vertegenwoordiger – in staat bent om zelf de geschikte zorgverlener(s) te selecteren te contracteren en aan te sturen.

Voor zorg die u ten laste van een Zvw-pgb declareert, hanteert de zorgverzekeraar maximum uurtarieven. Deze staan vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging.

lid 3

Als u het niet eens bent met de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een herbeoordeling van dit onderdeel van het zorgplan door een andere wijkverpleegkundige, als de zorgverzekeraar u daar voor aanvang van de herbeoordeling toestemming voor heeft gegeven. De zorgverzekeraar kan aan de toestemming voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat een door haar aangewezen wijkverpleegkundige de herbeoordeling uitvoert. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

De zorgverzekeraar kan ook zelf de door de wijkverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging laten (her)beoordelen door haar (verpleegkundig) medisch adviseur.

Artikel 8 Geboortezorg

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch specialist of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Deze omvat zorg voor de biologische moeder en zorg voor de pasgeborene, die ook afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden.

Onderdeel van de verloskundige zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap (de 20-weeken echo);
- een combinatietest – bestaande uit nekplooiemeting en bloedonderzoek – voor zwangeren met een medische indicatie. De indicatie moet gesteld zijn door een huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Als u daarvoor een medische indicatie van een huisarts, verloskundige of medisch specialist heeft, of als uit een combinatietest is gebleken dat er sprake is van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosomale afwijking, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek eveneens bij een afwijkende uitslag van een NIPT die u zonder medische indicatie voor eigen rekening heeft laten uitvoeren. De kosten van de NIPT zelf worden in dat geval echter niet vergoed.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek als medisch-specialistische zorg (artikel 6). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing en op de vergoeding brengt de zorgverzekeraar eigen risico in mindering.

Als u geen medische indicatie heeft, dan mogen SEO en combinatietest alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die beschikt over een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor prenatale screening met zo'n vergunning.

lid 2 De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische indicatie

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 6.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische indicatie, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 16,50 per persoon per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 119,- per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.

De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en assistentie door een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling – partusassistentie – tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Hierbij geldt voor de vergoedingen voor partusassistentie en kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,20 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal 10 dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure staat in deel III (Zorgdiensten).

Artikel 9 Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg

lid 1

Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

Medisch-specialistische revalidatie omvat:

1. algemene medisch-specialistische revalidatie;
2. interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Van algemene medisch-specialistische revalidatie is sprake als de revalidatiearts:

- u op de polikliniek behandelt op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- u in het ziekenhuis mede-behandelt;
- in consult wordt geroepen voor een revalidatie-advies door bijvoorbeeld een andere medisch specialist, een huisarts of bedrijfsarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als:

- bij u sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie), en
- u voorafgaand aan de behandeling door de huisarts, een bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist gericht naar de revalidatiearts bent verwezen en de revalidatiearts de indicatie voor medisch-specialistische revalidatie heeft gesteld;
- de revalidatiezorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de zorg;
- deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

lid 2

Geriatrische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten-ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als

- sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en
- bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en
- de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een Wlz-instelling – ook wel verpleeghuis genoemd – of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

Onder kwetsbaarheid verstaat de zorgverzekeraar: een gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Onder complexe multimorbiditeit verstaat de zorgverzekeraar: de aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten vaak anders dan verwacht.

De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:

- een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 6, lid 2a, waarbij u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling, of
- het ontstaan van een acute aandoening waardoor – eveneens acuut – mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid zijn opgetreden, waarbij deze aandoening, de mobiliteitsstoornissen en/of de afname van de zelfredzaamheid ook bij aanvang van de geriatrische revalidatie nog bestaan en u voor de acute aandoening medisch-specialistische zorg heeft ontvangen.

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:

- de behandelend medisch specialist, met de specialist-ouderengeneeskunde, tijdens de ziekenhuisopname, of
- een klinisch geriater of een internist-ouderengeneeskunde, tijdens een geriatrisch assessment na de acuut opgetreden aandoening.

De medisch specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist-ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan – duidelijkheid over – het vervolgtraject geriatrische revalidatiezorg.

De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten-ouderengeneeskunde en sociaal geriater(s)).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestemming geven voor een langere periode.

De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis wordt voortgezet.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct.

lid 3

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg waarbij geen sprake is van verblijf, als:

- u een visuele beperking heeft, of
- u een auditieve beperking heeft, of
- u jonger bent dan 23 jaar en bij u sprake is van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, of
- als er sprake is van een combinatie van deze beperkingen.

Het moet gaan om multidisciplinaire zorg in verband met die beperking, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De zorg kan bestaan uit diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap, en interventies die uw beperking opheffen of compenseren en zo uw zelfredzaamheid vergroten.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist of een klinisch fysisch-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

De zintuiglijk gehandicaptenzorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, verbonden aan een ISO- of HKZ-gecertificeerde instelling:

- die is aangesloten bij VIVIS of SIAC, of
- met een WTZi-toelating voor behandeling van cliënten met een zintuiglijke beperking, die de ontwikkeling en naleving van het landelijke kwaliteitskader ondersteunt.

Voor volwassenen met een auditieve beperking of communicatieve beperking is de hoofdbehandelaar GZ-psycholoog. Orthopedagogen en andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren. Bij zintuiglijk gehandicaptenzorg aan auditief beperkte kinderen en jongeren is de hoofdbehandelaar een orthopedagoog of ontwikkelings- of GZ-psycholoog. Voor visueel beperkten is de hoofdbehandelaar oogarts of GZ-psycholoog. De klinisch fysisch of andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan doofblinden en prelinguaal doven.

Artikel 10 Orgaantransplantatie en -donatie

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en deze uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij

de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt voor zorg aan de donor de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. De aanspraak in dit lid betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.

lid 3 Voor de donor die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg bedoeld in lid 2 van dit artikel. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor, die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfkosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

lid 4 Als u zelf donor bent, vergoedt de zorgverzekeraar voor u als donor de kosten van vervoer zoals omschreven in lid 3 van dit artikel.

Artikel 11 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het verstrekken of in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
3. de kosten van de regelmatige controle en onderhoud - vervanging inbegrepen -, en de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Deze onderdelen zijn van toepassing op hemodialyse en de verschillende vormen van peritoneaaldialyse. De kosten maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis of dialysecentrum in rekening brengt.

In geval van thuisdialyse vergoedt de zorgverzekeraar, naast het DBC-zorgproduct, ook andere kosten die met de thuisdialyse samenhangen. Deze kosten vallen echter onder de hulpmiddelenzorg en worden vergoed volgens artikel 20 van het Reglement Hulpmiddelen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Artikel 12 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort.

De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 14 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een arts of medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het – onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten – verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. U moet – voor aanvang van het onderzoek en de advisering – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 16 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

de zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Artikel 17 Paramedische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin alleen als zij hiervoor toestemming vooraf heeft gegeven. de zorgverzekeraar geeft alleen toestemming voor incidentele behandeling op de bedoelde locaties als daarvoor een indicatie bestaat.

De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Op www.pnozorg.nl/klantenservice/kwaliteitsregister vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut.

Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of als *Lijst chronische fysio- en oefentherapie 2016* raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – voor andere gevallen dan bedoeld in lid 2 – aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.

Als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar. De verzekerde moet – voor aanvang van de extra behandelingen – een verwijzing hebben van huisarts of medisch specialist.

lid 4 Ergotherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandeluren per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.

lid 5 Logopedie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs zoals de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

lid 6 Diëtetiek

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal drie behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 18 Mondzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van mondzorg zoals omschreven in dit artikel. Waarop u precies aanspraak heeft, hangt af van uw leeftijd en van de vraag of er sprake is van een bijzondere situatie. Bent u jonger dan 18 jaar, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 4. Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 5. De aanspraak in bijzondere situaties geldt ongeacht uw leeftijd en is omschreven in lid 6.

Er kan een eigen bijdrage gelden. Zie hiervoor lid 5 en 6.

Soms is een advies of toestemming vooraf vereist. Zie daarvoor lid 2 en 3.

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1095 dagen. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 2 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een positief schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist vereist. Dit advies moet u meesturen als u de nota's bij de zorgverzekeraar declareert. Als de zorgverlener rechtstreeks declareert, moet u dit advies op verzoek van de zorgverzekeraar overleggen.

lid 3 Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist voor vergoeding van de kosten van:

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om

- parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
2. mondzorg als bedoeld in lid 4 en lid 5, als deze in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
 3. mondzorg zoals bedoeld in lid 4 onder 12;
 4. mondzorg in bijzondere situaties (lid 6);
 5. een volledige prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:
 - € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

Bij uw aanvraag moet u een schriftelijke motivering van de zorgverlener en een behandelplan bijvoegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

lid 4

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, of meerdere keren uitsluitend als dat om tandheelkundige redenen noodzakelijk is;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De (meer)kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijken worden alleen vergoed als het verlenen van die zorg in redelijkheid niet kon worden uitgesteld.

lid 5

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige niet-implantaatgedragen prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese).

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese.

De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige

overkappingsprothese. Onder rebasen verstaat de zorgverzekeraar: het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

lid 6

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

Voor een verzekerde van 18 jaar en ouder geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur en een uitneembare volledige prothetische voorziening geplaatst op implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties de kosten van orthodontische zorg alleen als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op:

1. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door de zorgverzekeraar is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. De nadere omschrijving van de aanspraak is opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg. Dit reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren;
2. de geneesmiddelen – onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet.
Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet.

Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;

- c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen.

Onder rationale farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen tijdens het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl of opvragen bij het PNO Service Center. Daar kunt u ook met vragen over dit onderwerp terecht.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2 De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:

1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
2. lijdt aan een voedselallergie, of
3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste vijftien dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie,

middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.

Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik - inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten - vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.

- lid 5** De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de in rekening gebrachte prijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6** Het Reglement Farmaceutische zorg stelt nadere voorwaarden over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, advies en begeleiding. U kunt het reglement aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.
- lid 7** Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
 - niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
 - de eigen bijdrage volgens lid 5;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
 - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend of waarmee nog klinische proeven gaande zijn.
- lid 8** De Minister kan - ook in de loop van het kalenderjaar - geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Artikel 20 Hulpmiddelenzorg

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het *Reglement Hulpmiddelen* van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn ook de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.
- lid 2** Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 3** De kosten van normaal gebruik - zoals kosten van energiegebruik en batterijen - worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt.

- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening. Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2* van het CVZ – inmiddels: Zorginstituut Nederland – leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.
- Als u verblijft en behandeld wordt in een Wlz-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder dit artikel. De vergoeding valt dan onder de afspraken van de Wlz.
- lid 7 De Minister kan – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016* staan alle voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Artikel 21 Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer – per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto – om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de Basisverzekering;
 - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz;
 - als u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente komen;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de Wlz;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese – geheel of gedeeltelijk – gedekt is volgens de Wlz;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.
- lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.
- lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2** De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3** Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,30 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.
- lid 5** In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6** Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling. Uitzondering hierop vormt vervoer in verband met dagbesteding die onderdeel uitmaakt van een langdurig op behandeling gericht verblijf in een GGZ-instelling. De kosten daarvan worden vergoed volgens artikel 24.
- lid 7** Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 98,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de Basisverzekering of de Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door de Basisverzekering of Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de Wlz.
- lid 8** De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van twee begeleiders.
- lid 9** De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).
- lid 10** Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 23 Generalistische Basis GGZ

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.

De hoofdbehandelaar is

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog,
- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
- BIG-geregistreerd psychotherapeut,
- BIG-geregistreerd verslavingsarts,
- BIG-geregistreerd psychiater, of
- als sprake is van chronische problematiek: een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

In het zorgtraject kunnen andere zorgverleners onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar zorg verlenen. Ook een internetprogramma kan hiervan deel uitmaken.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal twaalf maanden. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener, die hiervoor als hoofdbehandelaar is vermeld. Mocht afronding of overdracht in twaalf maanden niet mogelijk of verantwoord zijn, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van de behandeling door de orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog na twaalf maanden alleen als zij voor het verstrijken van de twaalfde maand toestemming heeft verleend.

lid 2 U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-GGZ: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de GGZ voldoen aan het gestelde in deel I (Algemeen gedeelte) artikel 2, lid 3 van de Basisverzekering. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het overzicht *Psychologische interventies binnen de GGZ*. U kunt dit overzicht aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 6.

lid 4 De kosten voor Generalistische Basis GGZ worden in rekening gebracht met een integrale prestatie Basis GGZ.

Artikel 24 Gespecialiseerde GGZ

lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**

Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde GGZ bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een GGZ-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen. Deze aanspraak geldt niet voor de verzekerde jonger dan 18 jaar.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van Gespecialiseerde GGZ, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling in het tweede en derde jaar van opname, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van de dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf na 365 dagen alleen als zij voorafgaand aan het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde aanvraag op basis van de Checklist LGGZ in – laten – dienen bij de zorgverzekeraar. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

Als u uit privacy-overwegingen heeft aangegeven bezwaar te hebben dat gegevens, die te herleiden zijn tot de bij u gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld, dient u de aanvraag rechtstreeks in te sturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

lid 2

Gespecialiseerde GGZ

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Gespecialiseerde GGZ. De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De hoofdbehandelaar is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
- BIG-geregistreerd psychotherapeut,
- BIG-geregistreerd verslavingsarts, of
- BIG-geregistreerd psychiater.

De hoofdbehandelaar werkt binnen een multidisciplinaire context waarin minimaal een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist-ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater of verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg werkzaam is.

lid 3

Voor Gespecialiseerde GGZ – met of zonder opname – moet u – voor aanvang van de zorg – een gerichte verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van niet- of laag complexe psychische stoornissen die in de Generalistische Basis GGZ kunnen worden behandeld;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-GGZ: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de GGZ voldoen aan het gestelde in deel I (Algemeen gedeelte), artikel 2, lid 3 van de Basisverzekering. Dat geldt ook voor zorg die in het buitenland wordt geleverd. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het overzicht *Psychologische interventies binnen de GGZ*. U kunt dit overzicht aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Artikel 25 Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of www.pnozorg.nl/buitenland raadplegen.

lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel II genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in deel I (Algemeen gedeelte), artikel 2, lid 3 van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het PNO Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting *Regels voor zorg in het buitenland*. U kunt deze toelichting aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.


lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met *De zorgverzekeraar Zorgassistance* voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.



Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2016

III.Zorgdiensten PNOzorg

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten PNOzorg

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	57
Zorgbemiddeling	57
Medisch-specialistische behandeling	57
PNO Kraamzorg Service	57
Taxivervoer	58
PNO Zorgassistance	58
Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval	58

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten PNOzorg

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De PNO ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor informatie over het Zvw-pgb en het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtl)ijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

U kunt via de PNO ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtist raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel - genoeg - kunt krijgen, kunt u de PNO ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De PNO ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de PNO ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De PNO ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch specialisten. Op uw verzoek verstrekt de PNO ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de PNO ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang worden niet door de Basisverzekering gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

PNO Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel II van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de PNO Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.pnozorg.nl/klantenservice/kraamzorg.

PNO Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U moet de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. PNO Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 07.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 22 van deel II van de Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

PNO Zorgassistance


Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u contact (laten) opnemen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 71.

Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval

Als u betrokken bent geweest bij een ongeval en daardoor financiële schade heeft geleden, kan de veroorzaker van het ongeval aansprakelijk zijn voor die schade. De aanvullende verzekeringen van PNOzorg bieden in bepaalde gevallen dekking voor de kosten van het verhaal van letselschade op de aansprakelijke derde. Heeft u geen aanvullende verzekering, dan kan de zorgverzekeraar u informatie verstrekken over het verhaal van schade door bijvoorbeeld een advocaat of schaderegelingsbureau.

PNOzorg Verhaalszaken is bereikbaar op telefoonnummer 030 639 62 64 en staat u graag te woord.



Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2016

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomsten aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1	61
-----------	----

Grondslag van de verzekering

Artikel 2	61
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 3	Begin van de verzekering	62
Artikel 4	Beëindiging door de verzekeringnemer	62
Artikel 5A	Beëindiging van rechtswege	62
Artikel 5B	Beëindiging door de verzekeraar	63
Artikel 6	Premie	63
Artikel 7	Herziening van premie of voorwaarden	64
Artikel 8	Hulp in het buitenland	64
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer	64
Artikel 10	Onwaarachtige weergave van feiten	65
Artikel 11	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	66
Artikel 12	Privacybescherming	66
Artikel 12A	Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer	66
Artikel 12B	Kwetsbare groepen	67
Artikel 13	Materieel controleren en fraudeonderzoek	67
Artikel 14	Overige voorwaarden	68
Artikel 15	Geschillen	68

Overeenkomst aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Buitenland

Ieder ander land dan het land waar de verzekerde woont.

Onvoorzien behandelingen

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare behandelingen die geen enkel uitstel toelaten omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

Verzekeraar

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de verzekeraar vastgestelde Overeenkomst tot Basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

lid 1

Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier;
- eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.

lid 2

De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen en vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. De verzekeringnemer ontvangt een polisblad en de verzekerde ontvangt een verzekeringspas.

lid 3

Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontlenen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot Basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst van Basisverzekering niet zijn gedekt.

De aanspraak op vergoeding van kosten volgens deze verzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde zorg en diensten.

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

Overige bepalingen

Artikel 3 Begin van de verzekering

- lid 1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld en wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst Basisverzekering bij de verzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst Basisverzekering ingaat.
- lid 3 In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 18-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

Artikel 4 Beëindiging door de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt voortzetting van de verzekering plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2 De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw, direct aansluitend dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s) beëindigd wordt, beëindigt de verzekeraar de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s).

Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouders.

Artikel 5A Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde niet langer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de verzekeraar hiermee instemt;
 - de verzekerde overlijdt. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.

- lid 2** De verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 3** De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 4** Indien de verzekeraar op grond van het in het eerste lid, onder b of c of het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

Artikel 5B Beëindiging door de verzekeraar

- lid 1** De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.
- lid 2** De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd.
- lid 3** De verzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen na het verstrijken van de in artikel 6, lid 6, genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.

Artikel 6 Premie

- lid 1** Krachtens deze overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2** Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3** De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele collectiviteitkorting (zie het polisblad). De collectiviteitkorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4** De verzekeringnemer moet de premie op de overeengekomen wijze vooruit betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een jaar de premie niet – tijdig – betaalt, kan de verzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de verzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5** Premiebetaling
1. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen, c.q. te restitueren.
 2. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening, c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 6 Als de verzekeringnemer niet – tijdig – de premie, niet-verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de verzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de verzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de verzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.

Als de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten daarvan – al dan niet via een rechtszaak – voor rekening van de verzekeringnemer.

lid 7 De verzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, als de aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de Basisverzekering. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

lid 1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende verzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de verzekering beëindigen. Dit geldt niet als de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van een wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de verzekeraar voor de dag waarop de herziening ingaat en uiterlijk 30 dagen nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen.

lid 3 Heeft de verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de verzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

Artikel 8 Hulp in het buitenland

De kosten van het inroepen van in deze overeenkomst bedoelde zorg in het buitenland (dat wil zeggen: een ander land dan het woonland) worden uitsluitend vergoed:

- indien en voor zover dit in het in artikel 1, eerste lid van deel II Prestatiewijze en dekking, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald, dan wel;
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de verzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer

lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

1. zich bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren met een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
2. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
3. aan de verzekeraar, de medisch adviseur of degene die met controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;

4. de verzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de verzekeraar niet te benadelen;
5. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is;
6. In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen.
De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de verzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde. Indien een nota betrekking heeft op een DBC of DBC-zorgproduct aangevangen voor de einddatum van de verzekering, dan worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering.

lid 2 Het niet nakomen van (een van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten

lid 1 Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

lid 2 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.

lid 3 De verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Tevens kan de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.

lid 4 De verzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.

lid 5 In voorkomende gevallen kan de verzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
 - in haar interne signaleringssysteem, en
 - bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, en
 - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

lid 6 Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van Overeenkomst Basisverzekering I, kan de verzekeraar de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten ten behoeve van degene die heeft gefraudeerd, op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.

Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de verzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt zij deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt de verzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de verzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de verzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht.
- lid 2 Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij PNOzorg, Postbus 459, 3990 GG Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 62, of via het contactformulier op www.pnozorg.nl.
- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert de verzekeraar volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. De verzekeraar voert ook een Incidentenregister volgens het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement ook aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren.
- lid 4 Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan de verzekeraar aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De verzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5 De verzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De verzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12A Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekerde kan bij de verzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De verzekeraar verstrekt binnen vier weken aan de verzekerde een overzicht van de door de verzekeraar verwerkte persoonsgegevens.

- lid 2** Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te brengen wijzigingen. De verzekeraar bericht de verzekerde binnen vier weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.
- lid 3** De verzekerde kan de verzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de verzekeraar.
- lid 4** Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder f, van de Wet bescherming persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De verzekeraar beslist binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de verzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5** Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de verzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de verzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6** De verzekerde kan bij de verzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

Artikel 12B Kwetsbare groepen

- lid 1** De verzekeraar treft op verzoek van de verzekerde of de verzekeringnemer die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracerings door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2** De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de verzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracerings via de verzekeraar. De verzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3** De verzekerde dient de verzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De verzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De verzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De verzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

Artikel 13 Materieel controleren en fraudeonderzoek

- lid 1** De verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2** De verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3** Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de Basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald en voor de aanvullende verzekering krachtens de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.

Artikel 14 Overige voorwaarden

lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in deze overeenkomst omschreven: In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2 Begin en einde van de vergoeding:
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

Artikel 15 Geschillen

lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

lid 2 Als de verzekerde of de verzekeringnemer het niet eens is met een door de verzekeraar genomen beslissing kan een van hen de verzekeraar verzoeken om heroverweging. De verzekerde of de verzekeringnemer richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

lid 3 Als de verzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kan de verzekerde of de verzekeringnemer een geschil over de aanvullende verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven. De verzekerde of de verzekeringnemer kan zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen


Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 088-9006900
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de verzekeraar de verzekerde of de verzekeringnemer heeft behandeld, kan de verzekerde of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

lid 5 Klachten over formulieren van de verzekeraar kan de verzekerde of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl



Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2016

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking	71
Artikel 2	Pakketwijziging	71
Artikel 3	Uitsluitingen	72
Artikel 4	Toepasselijk recht	72

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Prestatiewijze en dekking

- lid 1 De verzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de verzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op het moment van behandeling/levering op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
 2. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van benodigde zorg (zorgbemiddeling). Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de verzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 2 Pakketwijziging

- lid 1 De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, in deel I Algemeen gedeelte, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de verzekeraar is ontvangen.
- lid 2 Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de verzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato worden meegeteld bij het bepalen van de (maximum)vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze overeenkomst.

Artikel 3 Uitsluitingen

- lid 1 Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- de eigen bijdrage krachtens de Wlz, Wmo en Jeugdwet;
 - eigen bijdragen in verband met bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
 - schade door terrorisme als de verzekerde geen Nederlands ingezetene is;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
 - vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder.

- lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de verzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de verzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

- lid 3 Geen aanspraak op vergoeding bestaat als u – zo de onderhavige aanvullende verzekering niet bestond – aanspraak kunt maken op vergoeding volgens een andere overeenkomst, al of niet eerder ingegaan, of een wettelijke regeling. Deze aanvullende verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in de voorgaande volzin genoemde overeenkomst of regeling is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Artikel 4 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

PNOzorg

Postadres

PNOzorg
Postbus 459
3990 GG Houten

Declaraties

PNOzorg
Declaratiebehandeling
Postbus 463
3990 GG Houten

Bezoekadres

PNOzorg
De Molen 66
3995 AX Houten

PNO Service Center

030 639 62 62

www.pnozorg.nl
www.facebook.com/pnozorg.nl
www.twitter.com/pnozorg