

Verzekeringsvoorwaarden
Flexpolis No Risk I en II

2022



HollandZorg

Wat is belangrijk om te weten en welke voorwaarden gelden?

Basisverzekering Aanvullende verzekeringen

2022

Eno Zorgverzekeraar N.V.
Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn geldig vanaf 1 januari 2022. Eerdere verzekeringsvoorwaarden zijn vanaf dat moment vervallen.

Inhoud

Contact

Online.....	5
Klantenservice.....	5
Postadres.....	5

Wat leest u in dit document?

Algemene bepalingen.....	5
Basisverzekering.....	5
Aanvullende verzekeringen.....	5
Begrippenlijst.....	5

Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?.....	6
2. Hoe dient u een nota in?.....	6
3. Wanneer betalen wij?.....	7

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit u een verzekering?.....	7
5. Voor hoe lang sluit u de verzekering?.....	7
6. Hoe werkt het als u zich bedenkt?.....	8
7. Wanneer eindigt de verzekering?.....	8
8. Hoe kunt u de verzekering beëindigen?.....	8
9. Hoe werkt het als u via het CAK verzekerd bent?.....	8
10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?.....	9
11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit?.....	9

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd?.....	9
13. Hoe moet u de premie betalen?.....	9

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?.....	9
15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?.....	9
16. Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?.....	10
17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?.....	10
18. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?.....	10
19. Hoe gaan wij om met fraude?.....	11
20. Hoe wordt u lid van de coöperatie?.....	11
21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?.....	11
22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?.....	11
23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?.....	11
24. Verwijzing of voorschrift.....	12
25. Hoe kunt u een klacht indienen?.....	12

Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij u weigeren?.....	13
2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?.....	13

Premie

3. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?.....	13
4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?.....	14

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?.....	15
6. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht eigen risico?.....	15

Verzekeringsdekking algemeen

7. Welke prestaties zijn verzekerd?.....	16
8. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?.....	16

Dekking en vergoeding in Nederland

9. Wat is de dekking in Nederland?.....	16
10. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?.....	16

Dekking en vergoeding in het buitenland

11. Wat is de dekking in het buitenland?.....	16
12. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?.....	17

Omzetplafonds en volumeafspraken

13. Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken?.....	18
---	----

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg.....	18
Preventieve voetzorg.....	18
Overige geneeskundige (huisartsen)zorg.....	19
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.....	19
Medisch specialistische zorg (algemeen).....	19
Second opinion.....	21
Transplantatiezorg.....	21
Revalidatiezorg.....	22
Geriatrische revalidatiezorg.....	22
Dialyse zonder opname.....	23
Mechanische beademing.....	23
Onderzoek naar kanker bij kinderen.....	24
Trombosezorg.....	24
Erfelijkheidsadviesing.....	24
Audiologische zorg.....	24
Zintuiglijk gehandicaptenzorg.....	25
Verloskundige zorg.....	26
Kraamzorg.....	26
Fysiotherapie en oefentherapie.....	27
Logopedie.....	28
Ergotherapie.....	29
Diëtetiek.....	29
Ketenzorg.....	30

Tandheelkundige zorg	30
Orthodontie in bijzondere gevallen	32
Geneesmiddelenzorg	32
Verblijf	34
Eerstelijnsverblijf	35
Verpleging en verzorging zonder verblijf	36
Ambulancevervoer	36
Ziekenvervoer	37
Basis ggz	38
Gespecialiseerde ggz	39
Hulpmiddelenzorg	41
Stoppen met roken	41
Gecombineerde leefstijlinterventie	42
Voorwaardelijk toegelaten zorg	43

Aanvullende verzekering

Flexpolis No Risk I

Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk I

Flexpolis No Risk I sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunt u de Flexpolis No Risk I sluiten? 44
2. Hoe sluit u de Flexpolis No Risk I? 44
3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk I? 44
4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk I? 44

Premie

5. Wanneer hoeft u geen premie te betalen? 45

Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk I

6. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden? 45
7. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen? 45

Dekking No Risk I

- Verplicht eigen risico 45

Flexpolis No Risk II

Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk II

Flexpolis No Risk II sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunt u de aanvullende verzekering sluiten? 46
2. Hoe sluit u de Flexpolis No Risk II? 46
3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk II? 46
4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk II? 46

Premie

5. Hoe is de premie opgebouwd? 46

Verzekeringsdekking algemeen

6. Wanneer heeft u recht op vergoeding? 46

Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk II

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden? 47
8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden? 47
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen? 47

Dekking en vergoeding per zorgvorm

- Medisch noodzakelijke repatriëring 47
- Vervoer stoffelijk overschot 47
- Geneesmiddelenzorg 48
- Spoedeisende tandheelkundige zorg in Nederland 48

Wat betekenen alle begrippen?

Contact

Veel antwoorden op vragen vindt u online, via www.hollandzorg.com. Komt u er zelf niet uit? Neemt u dan gerust contact met ons op. Wij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur via de volgende kanalen:

Online

U kunt uw vraag stellen via het contactformulier op onze website (www.hollandzorg.com/contact).

Klantenservice

U kunt ook met ons bellen. Wij zijn bereikbaar via +31 (0)570 687 123.

Andere telefoonnummers die u nodig kunt hebben, zijn:

- ZorgService: +31 (0)570 687 123

Deze medewerkers kunnen u helpen bij het vinden van een zorgverlener, wachtlijstbemiddeling, het regelen van medische hulpmiddelen en het geven van informatie over gezondheid, ziekte en het voorkomen van gezondheidsklachten.

- Alarmcentrale: +31 570 687 112

Bent u in het buitenland en heeft u zorg nodig? Bel dan altijd de Alarmcentrale. Onze medewerkers kunnen u vertellen waar u het beste naartoe kunt en ze kunnen voor u contact leggen met zorgverleners. De alarmcentrale is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar. U kunt de alarmcentrale ook een mail sturen op alarmcentrale@hollandzorg.nl.

Postadres

HollandZorg, Postbus 166, 7400 AD Deventer.

Wat leest u in dit document?

Algemene bepalingen

Een deel van de bepalingen geldt voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen en tand-artsverzekeringen. Wij hebben ze daarom gecombineerd opgenomen. In deze algemene bepalingen staat bijvoorbeeld hoe u een factuur moet indienen en binnen hoeveel dagen die door ons wordt betaald. Maar ook in welke gevallen u toestemming aan ons moet vragen voor een behandeling.

Basisverzekering

In dit hoofdstuk vindt u de afspraken die alleen voor de basisverzekering gelden. Daarnaast leest u hier per zorgsoort (bijvoorbeeld huisartsenzorg) wat er vergoed wordt, of er een eigen risico voor geldt en of u een eigen bijdrage betaalt voor deze zorg.

Aanvullende verzekeringen

In dit hoofdstuk vindt u de afspraken die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen Flexpolis No Risk I en de Flexpolis No Risk II. Ook leest u wat er per aanvullende verzekering vergoed wordt.

Begrippenlijst

Om verwarring over de uitleg van begrippen te voorkomen, vindt u achterin dit voorwaardendocument een uitleg van alle belangrijke begrippen.



Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

De bepalingen in het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?

Kosten van de zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Heeft u de zorg in twee achtereenvolgende kalenderjaren gekregen, maar is de zorg in één bedrag in rekening gebracht? Dan wordt de zorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is gestart.

De kosten van een DBC(-zorgproduct) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct is geopend.

2. Hoe dient u een nota in?

Het is niet de bedoeling dat u een nota krijgt voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder. Een gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de declaratie rechtstreeks naar ons. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan kunt u zelf de nota declareren.

Wij nemen een nota in behandeling als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de nota bevat in elk geval de naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg en de naam en de geboortedatum van de verzekerde;
- de nota voldoet aan de wettelijke voorschriften voor het declareren van de zorg, waaronder ook de eisen van de NZa;
- de nota is op een van de volgende manieren ingediend:
 - de originele nota is per post ingediend; of
 - de (gescande) nota is via www.hollandzorg.com (Mijn HollandZorg) of met behulp van de HollandZorg declaratie-app ingediend. In dat geval moet u de originele nota twee jaar na de indiening bewaren voor controle. Wij kunnen u vragen de originele nota alsnog naar ons te sturen. Als wij de originele nota dan niet ontvangen, vervalt het recht

op vergoeding van die nota. De ten onrechte betaalde vergoeding vorderen we dan terug;

- de nota is in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse, Poolse, Spaanse of Turkse taal opgesteld. Is de nota in een andere taal opgesteld? Dan moet u een vertaling meesturen van een beëdigd vertaler. Doet u dat niet, dan kunnen wij weigeren de nota in behandeling te nemen;
- met een nota voor zorgkosten in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier buitenland mee. Het declaratieformulier buitenland kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij het toe;
- met een nota voor Zvw-pgb stuurt u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier Zvw-pgb mee. Het declaratieformulier Zvw-pgb kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij het toe;
- de nota is goed leesbaar.

U moet de nota van de zorg indienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Het gaat daarbij om de behandeldatum of leveringsdatum en niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als de zorg is omschreven als DBC(-zorgproduct), moet u de nota indienen binnen 12 maanden vanaf het moment dat de DBC of het DBC-zorgproduct is gesloten.

Als u een nota indient na de termijn van 12 maanden, kunnen wij besluiten de nota gedeeltelijk of helemaal niet te vergoeden. Een nota die u indient na verloop van drie jaren na de behandeldatum, leveringsdatum of datum van sluiting van de DBC of het DBC-zorgproduct, vergoeden wij nooit.

Als u een papieren nota, bijlagen of andere documenten naar ons stuurt, krijgt u die niet van ons terug. Als u dat wilt, verstrekken wij u een gewaarmerkte kopie van de documenten die wij van u hebben ontvangen.

Wij kunnen u vragen om nadere informatie om na te gaan of de gedeclareerde zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden.

U kunt een vordering die u op ons heeft of zult krijgen (een toekomstige vordering) niet overdragen aan een derde (een andere natuurlijke persoon of rechtspersoon). Dit verbod moet worden uitgelegd als een beding met goederenrechtelijke werking als bedoeld in artikel 3:83, lid 2, van het Burgerlijk Wetboek.

U kunt een derde (een andere natuurlijke persoon of rechtspersoon) geen opdracht geven tot inning van een vordering die u op ons heeft (bijvoorbeeld via lastgeving). Als u dat wel doet, dan zijn wij niet verplicht om de vordering aan die derde te voldoen. Wij hebben ook bevrijdend betaald als wij in dat geval de vordering aan u voldoen.

3. Wanneer betalen wij?

Een door u ingediende nota vergoeden wij in principe binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nota. Dan moet zijn voldaan aan alle voorwaarden voor (gedeeltelijke) vergoeding. De verwerking van de nota duurt langer als de nota niet volledig is of als meer tijd nodig is om na te gaan of de zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden. U kunt via Mijn HollandZorg de verwerking van de nota nagaan.

Wij mogen de kosten van de zorg rechtstreeks voldoen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Door die betaling vervalt uw aanspraak op vergoeding.

Als wij aan een zorgaanbieder meer vergoeden dan wij verplicht zijn op grond van de verzekering, kunnen wij u (verzekerde/verzekeringnemer) het teveel betaalde in rekening brengen. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet dan het teveel betaalde aan ons vergoeden.

Wij voldoen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen door betaling op het ons bekende IBAN van de verzekeringnemer. Door de betaling aan de verzekeringnemer vervalt uw aanspraak op vergoeding.

Wij mogen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen verrekenen met de door u (verzekerde/verzekeringnemer) aan ons verschuldigde premies, rente, kosten of andere bedragen.

Op de vergoeding van kosten van de zorg die valt onder de basisverzekering brengen wij de wettelijke eigen bijdrage in mindering, tenzij de wettelijke eigen bijdrage al is verrekend met de zorgaanbieder.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit u een verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt een aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering doen, door een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier naar ons te sturen. Dat kan ook via onze website

en het aanvraagformulier op www.hollandzorg.com/aanmelden.

Op verzoek zenden wij een aanvraagformulier toe. U kunt ook een aanvraag indienen via een tussenpersoon waarmee wij afspraken hebben gemaakt over bemiddeling in onze verzekeringen.

U (verzekeringnemer) vermeldt bij de aanvraag uw adres en het adres van de te verzekeren persoon of personen.

De basisverzekering gaat in op de dag waarop wij de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Wij sturen u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvraag met de datum van ontvangst.

Als wij niet kunnen vaststellen of de te verzekeren persoon verplicht is een basisverzekering te sluiten, vragen wij u (verzekeringnemer) om aanvullende informatie. De basisverzekering voor die te verzekeren persoon gaat dan in op de dag dat wij de aanvullende informatie hebben ontvangen en uit die informatie de verzekeringsplicht blijkt. Wij sturen u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvullende informatie met de datum van ontvangst.

Als de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de zorgverzekeringsplicht is ontstaan, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag waarop de zorgverzekeringsplicht is ontstaan.

Als de te verzekeren persoon op de dag van de aanvraag al een zorgverzekering heeft, gaat de basisverzekering in op de latere dag dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering wilt laten ingaan.

Als de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door een wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 7:940, lid 4, van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Wij verstrekken u (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekering en vervolgens voor het begin van ieder kalenderjaar een polis.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) toestemming heeft gegeven voor het digitaal ontvangen van de polis, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com;
- via Mijn HollandZorg, te vinden via www.hollandzorg.com.

5. Voor hoe lang sluit u de verzekering?

De verzekering wordt gesloten voor één kalenderjaar. Als de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar, wordt deze gesloten voor de duur van dat kalenderjaar.

De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij sprake is van voortijdige opzegging als bedoeld in deze verzekeringsvoorwaarden.

6. Hoe werkt het als u zich bedenkt?

U (verzekeringnemer) kunt zich na het sluiten van de verzekering bedenken. In dat geval kunt u (verzekeringnemer) de verzekering binnen 14 dagen na ontvangst van de eerste polis opzeggen. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel betaalde premie terugstorten en u (verzekerde/verzekeringnemer) verplicht bent om de eventueel door ons betaalde zorgkosten terug te betalen.

U (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com;
- via Mijn HollandZorg, te vinden via www.hollandzorg.com.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

7. Wanneer eindigt de verzekering?

De verzekering eindigt met ingang van de dag na de dag waarop:

- onze vergunning voor het mogen aanbieden van zorgverzekeringen is geëindigd. In dat geval melden wij u (verzekeringnemer) uiterlijk twee maanden voor het eindigen van de verzekering de datum van de beëindiging en de reden;
- u overlijdt. De verzekeringnemer of uw erfgenamen zijn verplicht het overlijden spoedig aan ons door te geven.

De basisverzekering eindigt daarnaast met ingang van de dag na de dag waarop:

- uw verzekeringsplicht eindigt. Dat moet u (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Als u niet verplicht bent geweest om een zorgverzekering te hebben, dan beëindigen wij de basisverzekering vanaf het moment dat uw basisverzekering is ingegaan. Wij verrekenen de premie die is betaald met de zorg die is vergoed. Het verschil betalen wij of brengen wij in rekening;
- u als gevolg van wijziging van ons werkgebied buiten ons werkgebied komt te wonen.

8. Hoe kunt u de verzekering beëindigen?

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen van een andere persoon die u verzekerd heeft en die op grond van een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van die andere zorgverzekering, eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen binnen zes weken nadat u van de Nederlandse Zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing hebben gekregen of aan ons een bestuurlijke boete is opgelegd, omdat wij ons in strijd met de wet via een elektronisch uitwisselingssysteem toegang tot uw gegevens hebben verschaft. De basisverzekering eindigt dan op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als wij de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van u (verzekerde/verzekeringnemer) wijzigen. Dit geldt niet als de wijziging het rechtstreekse gevolg is van een wijziging van de wettelijke regeling. De opzegging moeten wij ontvangen voor de ingangsdatum van de wijziging of binnen één maand nadat wij de wijziging hebben gemeld. De verzekering eindigt dan op de dag dat de wijziging ingaat.

U (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als uw deelname aan een collectiviteit eindigt door de beëindiging van een dienstverband en u (verzekeringnemer) direct aansluitend daarop een nieuwe zorgverzekering sluit en deelneemt aan een collectiviteit via uw nieuwe dienstverband. Dat geldt ook voor uw gezinsleden. De opzegging moeten wij ontvangen binnen 30 dagen na de beëindiging van het dienstverband. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, eindigt de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Dat is doorgaans de dag van indienstreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de kalendermaand is of anders op de eerste dag van de maand na indienstreding. In andere gevallen eindigt de verzekering op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

De genoemde opzegmogelijkheden gelden niet voor de basisverzekering als de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan en wij u (verzekeringnemer) hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, tenzij wij de dekking van de basisverzekering hebben opgeschort of tenzij wij u (verzekeringnemer) binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

U (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com;
- via Mijn HollandZorg, te vinden via www.hollandzorg.com.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoekt om een verzekering te sluiten, beschouwen wij dat verzoek ook als een opzegging van een bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een andere zorgverzekeraar verzoekt om daar een verzekering te sluiten, dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, dat verzoek ook als een opzegging van de bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

9. Hoe werkt het als u via het CAK verzekerd bent?

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering vernietigen. Dat kan alleen in de periode van twee weken vanaf de datum dat het CAK u heeft gemeld dat u verzekerd bent. U moet daarbij aantonen dat u al een andere zorgverzekering heeft gekregen in de periode van drie maanden vanaf de datum van verzending door het CAK van de tweede bestuurlijke boete wegens het onverzekerd zijn en de opdracht u te (laten) verzekeren op grond van een zorgverzekering.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering niet opzeggen gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt. Gedurende die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 8 van deze algemene bepalingen niet.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunnen wij de basisverzekering wegens dwaling vernietigen, als achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden of de dekking van de verzekering opschorten:

- als u (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd heeft voldaan. Dat geldt alleen als u (verzekeringnemer) na schriftelijk te zijn aangemaand tot betaling binnen de daarvoor gestelde termijn, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betalen, nog niet volledig heeft betaald. Opzeggen of ontbinden wegens wanbetaling doen wij niet met terugwerkende kracht. Een opschorting wegens wanbetaling eindigt op de dag na die waarop wij het verschuldigde bedrag, inclusief rente en kosten, hebben ontvangen;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons niet, niet volledige of onjuiste informatie of bescheiden verstrekt die relevant zijn voor de uitvoering van de verzekering en die tot nadeel voor ons leiden of kunnen leiden;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) iets gedaan heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- als u zich jegens ons of onze medewerkers ernstig misdraagt.

In alle gevallen verstrekken wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bewijs van het einde van de verzekering. Bij het eindigen van de basisverzekering sturen wij een bewijs met vermelding van de gegevens die de Zorgverzekeringswet ons voorschrijft.

11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort gedurende de periode waarin u in detentie zit. Wij kunnen uw basisverzekering niet opzeggen of ontbinden zolang u in detentie zit.

Vergeet niet ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen:

- via het contactformulier op www.hollandzorg.com; of
- per post naar HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als u in het buitenland in detentie zit, moet u ons als bewijs daarvan een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland overleggen waaruit die detentie blijkt.

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd?

De premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met eventuele kortingen, bijvoorbeeld door deelname aan een collectiviteit.

De premiegrondslag is opgenomen in de Premiebijlage bij de verzekeringsvoorwaarden.

De premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie staan vermeld in de polis.

Als de verzekering niet ingaat per de eerste dag van een maand, wordt de premie voor die eerste maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

Het kan voorkomen dat wij op grond van de wet of een verdrag in verband met uw verzekering een belasting of andere heffing moeten betalen in Nederland of in het buitenland. In dat geval kunnen wij u dat bedrag in de vorm van een toeslag naast uw premie in rekening brengen. U moet de toeslag dan aan ons voldoen. Als een toeslag van toepassing is, is deze opgenomen in uw polis.

13. Hoe moet u de premie betalen?

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruit betalen. Dat moet voor de dag dat de periode begint waarop de premie betrekking heeft. Wij bepalen of de betaling per maand, per half jaar of per jaar mag en welke vorm van betaling mogelijk is. In het kader van een collectiviteit kunnen wij andere afspraken maken.

Bij niet-tijdige betaling van de premie of andere aan ons te betalen bedragen, kunnen wij u (verzekerde/verzekeringnemer) de wettelijke rente, invorderingskosten en administratiekosten in rekening brengen.

U (verzekerde/verzekeringnemer) mag de te betalen premie of andere aan ons te betalen bedragen niet verrekenen met van ons te ontvangen bedragen. Ook mag u (verzekerde/verzekeringnemer) de betaling niet opschorten als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bedrag verschuldigd zijn.

In geval van overlijden van de verzekerde betalen wij de reeds betaalde premie terug, voor zover die betrekking heeft op de periode vanaf de dag na het overlijden.

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn bestemd om te worden aangeboden aan alle personen die in Nederland of in het buitenland wonen en die verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- als u zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek zich te

legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);

- de zorgaanbieder die u behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan onze medisch adviseur of medewerkers medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de verzekering;
- ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging IBAN, echtscheiding, einde deelname aan een collectiviteit of die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich niet houdt aan de informatieplichten die in dit artikel en in de overige verzekeringsvoorwaarden staan genoemd, heeft u geen recht op de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

Als wij tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

Onze mededelingen aan u (verzekerde/verzekeringnemer) gelden alleen als wij deze schriftelijk of, met uw toestemming, per e-mail hebben bevestigd. Als wij gebruik maken van het laatst bij ons bekende woonadres of e-mailadres van u (verzekerde/verzekeringnemer) dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling u (verzekerde/verzekeringnemer) heeft bereikt.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons een e-mailbericht stuurt, mogen wij ervan uitgaan dat u daarmee toestemming geeft dat wij daarop reageren per e-mailbericht.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com.

16. Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?

Het kan gebeuren dat u door toedoen van een ander zorg nodig heeft, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval. Die persoon kan aansprakelijk zijn voor de kosten van de zorg die u daardoor nodig heeft.

Als iemand anders mogelijk aansprakelijk is voor de kosten van de zorg aan u, bent u verplicht dat ons te melden. Dat kan op verschillende manieren:

- telefonisch via +31(0)570 687 123;
- schriftelijk. Richt de brief aan HollandZorg, Verhaal, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

- per e-mail aan verhaal@hollandzorg.nl;
- via het formulier 'schade door ongeval' op www.hollandzorg.com/nl/formulieren. Via onze website krijgt u direct een globale indicatie of verhaal van schade door uzelf of door ons misschien mogelijk is.

U bent verplicht ons de informatie te geven die wij nodig hebben om de kosten van de zorg aan u te verhalen op die andere persoon.

U mag geen afspraken maken met een ander of de aansprakelijkheidsverzekeraar van die ander, die onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen benadelen of kunnen benadelen. Dat geldt niet als u vooraf schriftelijke toestemming van ons heeft gekregen.

Als onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen door uw toedoen of uw nalaten zijn benadeeld, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor de door ons geleden schade en ontstane kosten.

17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u (verzekerde/verzekeringnemer) lijdt als gevolg van het doen of nalaten van een zorgaanbieder die u zorg heeft verleend of had moeten verlenen.

Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van onze tekortkomingen bij de uitvoering van de verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de basisverzekering voor onze rekening zouden zijn gekomen.

18. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?

De persoonsgegevens en de uitvoeringsgegevens die wij van u (verzekerde/verzekeringnemer) krijgen, nemen wij op in onze administratie.

Wij gebruiken deze gegevens voor de volgende doelen:

- het aangaan en uitvoeren van de verzekering;
- wetenschappelijke en statistische analyse;
- het vergroten van ons klantenbestand en voor informatieverstrekking over onze producten;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- financiële sector, waaronder het voorkomen en bestrijden van fraude;
- onderzoek naar de door u ervaren kwaliteit van de zorg;
- het uitvoeren van verhaalsrecht, waaronder ook uitwisseling van gegevens met de schadeverzekeraar van de aansprakelijke persoon en met uw reisverzekeraar bij samenloop van buitenlanddekking.

Op de verwerking van persoonsgegevens is ons privacy statement van toepassing. Dit kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken via www.hollandzorg.com/privacy. Op verzoek zenden wij het toe.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC Zeist. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is om voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie hierover en het privacyreglement van Stichting CIS zijn te vinden via www.stichtingcis.nl.

Als daarover afspraken zijn gemaakt met uw zorgaanbieder, kan deze de bij ons geregistreerde adresgegevens en polisgegevens van u inzien via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Dit is voor de zorgaanbieder noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons te declareren.

Het kan gebeuren dat uw persoonsgegevens extra bescherming nodig hebben, bijvoorbeeld omdat u in een opvangtehuis verblijft. Als u vindt dat die extra bescherming voor u nodig is, kunt u ons dat melden. Als wij uw melding terecht vinden, zorgen wij voor extra maatregelen ter bescherming van uw persoonsgegevens.

19. Hoe gaan wij om met fraude?

Bij geconstateerd gedrag dat een bedreiging vormde, vormt of kan vormen voor de (financiële) belangen van ons, onze medewerkers, onze klanten of voor de continuïteit of integriteit van de financiële sector kunnen wij uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister (EVR). Dit gebeurt volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Dit protocol kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe. Het EVR wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

In geval van fraude:

- kunnen wij uw (verzekerde/verzekeringnemer) gegevens laten opnemen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH) of andere tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen van fraude. Dit gebeurt volgens de regels van het FISH Protocol. Dit protocol kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe;
- kunnen wij overgaan tot het doen van aangifte bij de politie;
- kunnen wij de onderzoekskosten die wij hebben gemaakt voor het opsporen en aantonen van de fraude, op u (verzekerde/verzekeringnemer) verhalen;
- kunnen wij de verzekering beëindigen;
- heeft u geen recht op vergoeding van kosten van de zorg en kunnen wij uitgekeerde vergoedingen, waaronder ook de kosten die daarvoor gemaakt zijn, terugvorderen;
- kunnen wij de kosten van terugvordering op u verhalen.

20. Hoe wordt u lid van de coöperatie?

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een verzekering heeft gesloten of krachtens een verzekering verzekerd bent, geldt de aanvraag tevens als een aanvraag tot het lidmaatschap van Coöperatie Eno U.A. Dat geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons heeft gemeld hiervan af te zien. De ledenraad van Coöperatie Eno U.A. beslist over een aantal belangrijke zaken. De ledenraad wordt gekozen uit de leden.

Het lidmaatschap eindigt door overlijden, door opzegging of door ontzetting uit het lidmaatschap.

Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de laatste verzekering bij ons is geëindigd.

21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg in geval van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van uw verzekering. Dat geldt bijvoorbeeld als u ons probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Voor de definities daarvan geldt de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank te Den Haag is gededoneerd.

Als de minister van Financiën gebruik maakt van de bevoegdheid, neergelegd in artikel 18b lid 1 van de Noodwet financieel verkeer, en de behoefte aan zorg is ontstaan naar aanleiding van een of meer in die bepaling bedoelde terroristische handelingen, heeft u slechts recht op een of meer prestaties voor zover de kosten daarvan niet hoger zijn dan door de minister van Financiën is bepaald. In geval van schade veroorzaakt door terrorisme is de dekking verder beperkt tot het bedrag van uitkering dat wij binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking zijn te raadplegen via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij dit toe. Als wij op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering een extra bijdrage krijgen, heeft u ook recht op de aanvullende vergoeding volgens deze regelingen.

22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?

Wij kunnen de verzekeringsvoorwaarden met ingang van een door ons te bepalen datum wijzigen. Een wijziging van de premiegrondslag van de basisverzekering treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop wij deze aan u (verzekeringnemer) hebben medegedeeld.

23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?

Soms heeft u voor het recht op de zorg of voor de vergoeding daarvan toestemming van ons nodig. In dat geval moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Hiermee proberen wij problemen achteraf te voorkomen. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of u een toestemming van ons nodig heeft. Bij de beoordeling van het verzoek om toestemming toetsen wij of de gewenste zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden of de zorg het meest is aangewezen in uw situatie en of de zorgaanbieder aan onze kwaliteitseisen voldoet. U weet dan van tevoren of en hoeveel vergoeding u krijgt voor de zorg. Als wij toestemming geven, geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

De aanvraag om toestemming moet altijd bevatten uw naam, adres en woonplaats en de naam, adres, woonplaats en het beroep van de zorgaanbieder. In de specifieke voorwaarden voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering is per zorgvorm omschreven welke informatie de aanvraag nog meer moet bevatten.

Een aanvraag om toestemming kunt u sturen naar:
HollandZorg, Medisch adviseur, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (geen postzegel nodig).

Als uw zorgaanbieder de aanvraag namens u indient, willen wij graag weten dat u daarmee akkoord bent. Dat kan door uw handtekening op de aanvraag te zetten.

Wij kunnen u uitnodigen om de aanvraag tijdens een spreekuur toe te lichten.

Het kan voorkomen dat u zorg vanuit de basisverzekering nodig heeft waarvoor toestemming is vereist en dat u voor die zorg of vergoeding daarvan al toestemming heeft gekregen van uw vorige zorgverzekeraar. In dat geval behoudt u de toestemming voor de periode die uw vorige zorgverzekeraar heeft aangegeven. U heeft met de toestemming recht op de zorg of, indien van toepassing, de vergoeding van de kosten van de zorg volgens de regels in onze verzekeringsvoorwaarden. Het volstaat om die toestemming aan ons te overleggen. Als uw vorige zorgverzekeraar geen periode heeft aangegeven, geldt de toestemming tot maximaal een jaar na de datum van afgifte van de toestemming door uw vorige zorgverzekeraar.

U heeft geen recht op zorg waarvoor u van uw vorige zorgverzekeraar toestemming heeft gekregen, als de zorg of kosten van de zorg waarop de toestemming betrekking heeft, in de tussentijd niet meer is of zijn verzekerd.

24 Verwijzing of voorschrift

Vaak heeft u voor het recht op de zorg of voor de vergoeding daarvan een verwijzing of een voorschrift nodig. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of u een verwijzing of een voorschrift nodig heeft. Daarbij is vermeld welke zorgaanbieder de verwijzer of voorschrijver kan zijn. De geldigheidsduur van de verwijzing of het voorschrift is negen maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing of het voorschrift is afgegeven. De geldigheidsduur kan langer of korter zijn, als dat uitdrukkelijk in de verzekeringsvoorwaarden bij de betreffende zorgvorm is aangegeven. Is de zorg niet binnen de geldigheidsduur gestart? Dan heeft u voor het recht op die zorg of voor de vergoeding daarvan die een nieuwe verwijzing of een nieuw voorschrift nodig.

De verwijzer of voorschrijver moet deskundig zijn op het vakgebied waarop de verwijzing of het voorschrift betrekking heeft.

Heeft u een verwijzing of voorschrift ontvangen in de periode dat u nog bij een andere zorgverzekeraar was verzekerd? Dan hoeft u de verwijzing of het voorschrift niet opnieuw aan te vragen, tenzij de geldigheidsduur inmiddels is verstreken.

25. Hoe kunt u een klacht indienen?

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) het niet eens bent met een beslissing die wij hebben genomen in het kader van de verzekering, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoeken deze beslissing opnieuw te bekijken. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet uw verzoek indienen binnen zes weken na ontvangst van onze beslissing. U (verzekerde/verzekeringnemer) dient uw verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (geen postzegel nodig);
- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.hollandzorg.com/nl/klacht.

Reageren wij niet binnen zes weken op uw verzoek of bent u (verzekerde/verzekeringnemer) niet tevreden over onze reactie? Dan kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Dit geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil al heeft voorgelegd aan de burgerlijke rechter. Het SKGZ handelt volgens een eigen reglement. De Ombudsman van de SKGZ bemiddelt in het geschil. Als bemiddeling niet mogelijk is of geen bevredigend resultaat geeft, kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindend advies uitbrengen. Meer informatie staat op www.skgz.nl.

U (verzekerde/verzekeringnemer) heeft altijd het recht om een geschil met ons aan de burgerlijke rechter voor te leggen.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een formulier dat wij gebruiken te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u ons vragen het gebruik van dat formulier opnieuw te bekijken. U (verzekerde/verzekeringnemer) dient uw verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan HollandZorg, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (geen postzegel nodig);
- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.hollandzorg.com/nl/klacht.

U (verzekerde/verzekeringnemer) kunt ook een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over het door ons gebruikte formulier. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft een bindend advies. Meer informatie staat op www.nza.nl.



Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

De afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Voor de basisverzekering gelden daarnaast nog specifieke bepalingen. U leest in dit hoofdstuk welke dat zijn.

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij u weigeren?

Wij zijn niet verplicht de basisverzekering te sluiten als:

- u al een zorgverzekering heeft;
- wij uw eerdere basisverzekering in de vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de nieuwe basisverzekering hebben opgezegd of ontbonden vanwege het niet betalen van de premie of vanwege opzettelijke misleiding door u (verzekerde/verzekeringnemer);
- het adres van de te verzekeren persoon dat is opgegeven bij de aanvraag voor de basisverzekering niet in de BRP voorkomt of afwijkt van het adres van die persoon in de BRP. Dit geldt niet als de te verzekeren persoon niets aan de afwijking kan doen. Het geldt ook niet als u (verzekeringnemer) bij de aanvraag voor de basisverzekering het volgende aan ons overlegt:
 - een verklaring van de SVB waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is op grond van de Wlz; of
 - een werkgeversverklaring of een loonstrook, beide niet ouder dan een maand, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon aan de loonbelasting is onderworpen vanwege in Nederland in dienstbetrekking verrichte werkzaamheden.

2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?

De basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen. Verder is de basisverzekering gebaseerd op het door u (verzekeringnemer) ingevulde

aanmeldformulier en afspraken in verband met een collectiviteit waar u (verzekeringnemer) aan deelneemt.

De basisverzekering moet worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichting die daarbij hoort.

Is een bepaling in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering geheel of gedeeltelijk niet in overeenstemming met een bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering of de toelichtingen? Dan is die bepaling of dat gedeelte van die bepaling in de verzekeringsvoorwaarden niet van toepassing. In plaats daarvan geldt de bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

Dat geldt ook als de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering in de loop van het jaar wijzigen. Als door die wijziging een verschil ontstaat met de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering, dan gelden de bepalingen in de gewijzigde Zorgverzekeringswet, Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering.

Alle ministeriële regelingen, reglementen of andere bijlagen, waarnaar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen, maken onderdeel uit van de basisverzekering.

Premie

3. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?

U (verzekeringnemer) moet ons premie voor de basisverzekering betalen, behalve in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie te betalen voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden;
- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen in de periode dat u aan het CAK een bestuursrechtelijke premie moet betalen. In dat geval is sprake van een premieachterstand ter hoogte van meer dan zes maanden.

4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?

- 4.1 Als u een betalingsachterstand heeft ter hoogte van minder dan twee maanden premie, kunnen wij de basisverzekering ontbinden met inachtneming van artikel 10 van de Algemene bepalingen.
- 4.2 Uiterlijk 10 werkdagen nadat wij hebben geconstateerd dat er een achterstand ter hoogte van twee maanden is in de betaling van de basisverzekering, doen wij u (verzekeringnemer) een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling. De betalingsregeling houdt ten minste in:
- afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie;
 - afspraken over het afbetalen van uw schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering en de termijnen voor afbetaling;
 - onze toezegging dat wij de basisverzekering niet tijdens de looptijd van de betalingsregeling zullen beëindigen of opschorten vanwege het bestaan van de schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering. Die toezegging vervalt als u (verzekeringnemer) de hiervoor genoemde afspraken over de betaling van nieuwe termijnen of over de schulden, inclusief rente en incassokosten, niet nakomt.
- 4.3 Als u (verzekeringnemer) de basisverzekering voor iemand anders heeft gesloten, omvat ons aanbod ook onze bereidheid om de opzegging van de basisverzekering van die ander te accepteren met ingang van de datum waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:
- de verzekerde zichzelf uiterlijk op de dag waarop de betalingsregeling ingaat heeft verzekerd op grond van een andere zorgverzekering; en,
 - als de verzekerde de zorgverzekering bij ons heeft gesloten (basisverzekering), deze ons een machtiging heeft gegeven tot maandelijks automatische incasso van toekomstige premies of een opdracht heeft gegeven aan iemand van wie de verzekerde periodieke betalingen ontvangt (bijvoorbeeld de werkgever), om namens de verzekerde het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan de verzekerde. In dat geval sturen wij een kopie van ons aanbod aan de verzekerde.
- 4.4 Tegelijk met het aanbod als bedoeld in 4.1 sturen wij u (verzekeringnemer) een brief, waarin staat dat u (verzekeringnemer) vier weken de tijd heeft om het aanbod te aanvaarden. Daarbij geven wij aan wat de gevolgen zijn als het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van zes of meer maandpremies. Ook wijzen wij u (verzekeringnemer) op de mogelijkheid van schuldhulpverlening.
- 4.5 Als u een betalingsachterstand heeft ter hoogte van een bedrag ter hoogte van minder dan vier maanden en er komt na een betalingsachterstand ter hoogte van twee maanden geen betalingsregeling tot stand, kunnen wij de basisverzekering ontbinden.
- 4.6 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van vier of meer maandpremies, informeren wij u (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk over ons voornemen een melding te doen als bedoeld in 4.7 als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van zes of meer maandpremies. Wij doen de melding niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de mededeling de premieachterstand bij ons heeft betwist.
- 4.7 Als u (verzekerde/verzekeringnemer) de premieachterstand tijdig heeft betwist, maar wij bij ons standpunt blijven, melden wij u (verzekerde/verzekeringnemer) dat wij de melding als bedoeld in 4.7 zullen doen als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van zes of meer maandpremies. Deze melding doen wij niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van onze mededeling een geschil over de premieachterstand heeft voorgelegd aan de SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl, of aan de burgerlijke rechter.
- 4.8 Als de betalingsregeling ingaat als de premieachterstand, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van vier maandpremies, doen wij de mededeling als bedoeld in 4.7 niet, zolang de toekomstige premies worden voldaan.
- 4.9 Als u een betalingsachterstand heeft ter hoogte van een bedrag van vier maanden en er komt geen betalingsregeling tot stand, kunnen wij de basisverzekering ontbinden.
- 4.10 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en u (verzekerde/verzekeringnemer). Daarbij vermelden wij de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van artikel 34a Zorgverzekeringswet door het CAK. Ook vermelden wij dat wij ons aan de procedure als bedoeld in 4.4 tot en met 4.7 hebben gehouden. De melding als bedoeld in de eerste zin van 4.7 doen wij niet:
- als de premieachterstand tijdig is betwist als bedoeld in 4.4, maar wij nog geen reactie hebben gegeven;
 - gedurende de termijn van vier weken als bedoeld in 4.5;
 - als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.5 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist;
 - als u (verzekeringnemer) zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoonde dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden is gesloten;
 - als uw adres niet in de BRP is opgenomen of uw adres in onze administratie niet overeenkomt met uw adres in de BRP. Dit geldt niet als de afwijking het gevolg is van de bijzondere situaties die zijn beschreven in artikel 1, derde bolletje, van de Specifieke bepalingen voor de Basisverzekering.

- 4.11 Wij brengen het CAK en u (verzekerde/verzekeringnemer) direct op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt;
 - de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.7, punt vier, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste u (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico is opgenomen in de premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:

- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsenpraktijk;
- de kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg;
- de kosten van preventieve voetzorg;
- de kosten van ketenzorg (multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt);
- de kosten van zorg van verpleging en verzorging zonder verblijf;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- als u de donor bent, de kosten van de zorg in verband met de opname als hierna bedoeld aan u nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan u in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;
- als u de donor bent en de ontvanger van het transplantatiemateriaal heeft recht op (vergoeding van kosten van) de transplantatiezorg op grond van een zorgverzekering, de kosten van vervoer als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub i en sub j;
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. De door ons aangewezen geneesmiddelenzorg, hulpmiddelen en zorgaanbieders zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe;
- de kosten van zorg aan u als u een door ons aangewezen programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, COPD, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken heeft gevolgd. De kosten moeten dan betrekking hebben op de aandoening

waarvoor u dat programma heeft gevolgd. De door ons aangewezen programma's zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd op de wijze die de Zorgverzekeringswet voorschrijft. Uitgangspunt daarbij is de indexering van het minimumloon als bedoeld in artikel 8 lid 1 onderdeel a van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag. Het berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5,-.

6. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht eigen risico?

Per kalenderjaar blijven de kosten van de zorg voor uw rekening tot de hoogte van het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar is bereikt. Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor uw rekening blijven, tellen niet mee voor de vaststelling of de grens van het eigen risico is bereikt, tenzij de minister anders heeft bepaald.

Als wij aan een zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van de zorg hebben voldaan, zonder op die betaling het verplicht eigen risico in mindering te brengen, moet u (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, worden het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Verzekeringsdekking algemeen

7. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

- de zorg (natura), die verderop in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering is beschreven, met uitzondering van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie;
- vergoeding van kosten van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie (restitutie), die verderop in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering zijn beschreven. Ten aanzien van deze zorgvormen dient waar in de algemene artikelen (de artikelen die niet vallen onder het hoofdstuk Verzekeringsaanspraken per zorgvorm) in deze verzekeringsvoorwaarden 'recht op zorg' staat, te worden gelezen 'recht op vergoeding van kosten van de zorg';
- informatieverstrekking en bemiddeling door ons voor het verkrijgen van de zorg, als u ons daarom verzoekt. Dat kunt u doen via www.hollandzorg.com/nl/zorgservice. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

In beginsel moet u gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Als de zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland beschikbaar is, dan heeft u alsnog recht op vergoeding van kosten van die zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding is verderop in de verzekeringsvoorwaarden beschreven.

De inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

U heeft alleen recht op de zorg als u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of een wettelijke eigen bijdrage van toepassing is. Naast de wettelijke eigen bijdrage kan ook het verplicht eigen risico van toepassing zijn.

8. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op de zorg als u op grond van een wet of een wettelijke regeling recht heeft op die zorg of op vergoeding van kosten daarvan. Onder de wet en wettelijke regelingen vallen onder meer de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, gemeentelijke verordeningen inzake deze wetten en de Wet langdurige zorg.

Dit geldt ook als u geen gebruik wilt maken van het recht op de zorg of op vergoeding van kosten van de zorg op grond van die wet of wettelijke regeling.

Dekking en vergoeding in Nederland

9. Wat is de dekking in Nederland?

U heeft recht op de zorg in Nederland als:

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor veel zorgvormen gelden naast algemene voorwaarden ook specifieke voorwaarden, zoals het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of schriftelijke toestemming van ons voordat u de zorg krijgt. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden vermeld in de hoofdstukken Algemene bepalingen en Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. De specifieke voorwaarden die gelden voor een bepaalde zorgvorm zijn per zorgvorm vermeld; en
- de zorgaanbieder die de zorg aan u verleent, door ons is aangewezen. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld welke zorgaanbieders dat zijn. Vaak gaat het om een groep zorgaanbieders met een bepaalde vergunning, registratie of opleiding. Soms gaat het om een specifieke zorgaanbieder. U heeft alsnog recht op zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen:
 - als wij voordat u de zorg krijgt, daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven; of

- als een zorgaanbieder de zorg verleent onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar die wel door ons is aangewezen en de zorg wordt gedeclareerd door de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar of de instelling waarvoor de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar werkt. Per zorgvorm kunnen specifieke voorwaarden zijn opgenomen waaraan een medebehandelaar moet voldoen; en
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

10. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?

U heeft recht op de zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder hebben afgesproken. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heeft u recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland:

- a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
- b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

De vergoeding onder a. geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder b.

Dekking en vergoeding in het buitenland

11. Wat is de dekking in het buitenland?

U heeft recht op de zorg in het buitenland als:

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor het recht op zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het recht op die zorg in Nederland. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden vermeld in de hoofdstukken Algemene bepalingen en Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. De specifieke voorwaarden die gelden voor een bepaalde

zorgvorm zijn per zorgvorm vermeld; en

- u van ons schriftelijke toestemming heeft, voordat u de zorg krijgt in geval van zorg met een opname van minimaal één nacht. Dit geldt niet als sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Onder medisch noodzakelijke zorg verstaan wij hier onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland; en
- de zorgaanbieder die de zorg verleent, volgens het recht van het land waar de zorgaanbieder is gevestigd, beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan kwalificaties die gelden voor de door ons aangewezen zorgaanbieders in Nederland. Zorgaanbieders in het buitenland hebben vaak een andere opleiding dan zorgaanbieders in Nederland. Kwalificaties die voldoen aan de erkende beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties worden geacht hieraan te voldoen.

Verblijft u in het buitenland en heeft u zorg nodig? Neemt u dan contact op met onze alarmcentrale als sprake is van spoedeisende zorg. Onze alarmcentrale helpt u bij het zoeken van zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg.

U kunt de alarmcentrale bereiken op de volgende manieren:

- telefonisch op nummer +31 (0)570 68 71 12;
- per mail aan alarmcentrale@hollandzorg.nl.

De alarmcentrale is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar.

12. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- a. recht op vergoeding van kosten van de zorg die u van ons zou krijgen als deze zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland was verleend, te weten:
 - i) als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
 - ii) als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief);
- b. recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land, als dat op u van toepassing is op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

De vergoeding onder i) geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder ii) of onder b.

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- recht op zorg door de gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder zijn overeengekomen. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heeft u recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform Nederlands tarief;
- recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een land dat geen EU-, EER-land of Verdragsland is, heeft u voor zorg in dat land recht op de vergoeding van kosten:

- a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
- b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform Nederlands tarief.

De vergoeding onder a geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder b.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Voor het indienen van nota's voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 2 van de Algemene bepalingen. Zo moet de nota in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Pools, Spaans of Turks zijn opgesteld en een beschrijving van de verleende zorg bevatten. Als de nota in een andere taal is opgesteld, moet u ook een vertaling van de nota door een beëdigd vertaler bijvoegen. Zonder die vertaling kunnen wij besluiten om de nota niet in behandeling te nemen. Met een nota voor zorg in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend Declaratieformulier buitenland mee. Het Declaratieformulier buitenland kunt u downloaden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij het toe.

Omzetplafonds en volumeafspraken

13. Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken?

Wij maken afspraken met zorgaanbieders over de kosten van de zorg en de kwaliteit van de zorg. Regelmatig maken wij daarbij afspraken over de maximale vergoeding per jaar (omzetplafond). Wij maken in beginsel geen afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder moet leveren (volumeafpraak).

Wij doen ons uiterste best om ervoor te zorgen dat afspraken over een omzetplafond geen gevolgen voor u hebben. U kunt dan bij de zorgaanbieders terecht, ook als het omzetplafond is bereikt.

Helaas valt niet uit te sluiten dat er nooit gevolgen zijn. Mocht een zorgaanbieder u na het bereiken van het omzetplafond toch niet meer willen behandelen (voor de rest van het jaar)? Dan zullen wij u helpen bij het vinden van een andere zorgaanbieder die de zorg aan u kan verlenen.

In het uitzonderlijke geval dat er mogelijke gevolgen zijn, dan vermelden wij op onze website welke zorgaanbieders het betreft en wat de mogelijke gevolgen zijn. Deze informatie kunt u vinden via hollandzorg.com/nl.

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op huisartsenzorg. Huisartsenzorg omvat zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Onderzoeken die de huisarts door anderen laat doen en die apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests, vallen hier niet onder.

Waar moet u op letten?

Huisartsen mogen de zorg verlenen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor huisartsenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van huisartsenzorg tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Onder het verplicht eigen risico vallen wel kosten van (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts.

Preventieve voetzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op preventieve voetzorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden, als u Diabetes Mellitus type I of II heeft. De preventieve voetzorg omvat het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen 1 tot en met 4, zoals beschreven in de 'Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2019'. Een individueel behandelplan bepaalt het daadwerkelijke aantal verrichtingen dat u ontvangt.

Bij de screening van voeten van mensen met diabetes wordt gebruik gemaakt van de Sims-classificatie om de risico's op de aantasting van de voet weer te geven. Op basis van de Sims classificatie en andere factoren is de voetzorg aan diabetici onderverdeeld in de zorgprofielen. Uw huisarts of podotherapeut stelt uw zorgprofiel vast. De preventieve voetzorg omvat:

- jaarlijkse voetonderzoek (screening), bestaande uit anamnese, onderzoek en risico- inventarisatie;
- frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen en de behandeling van risicofactoren. U moet dan een matig verhoogd (Sims-Classificatie 1) of verhoogd risico (Sims-Classificatie 2 en 3) hebben op ontstekingen, vaatproblemen en verlies van gevoel in uw voeten;
- voorlichting en het stimuleren van aanpassing van uw leefstijl als onderdeel van de behandeling;
- advisering over geschikt schoeisel.

Onder de preventieve voetzorg vallen niet louter verzorgende handelingen, zoals de verwijdering van eelt en het knippen van de teennagels om alleen cosmetische of verzorgende redenen.

Preventieve voetzorg kan deel uitmaken van ketenzorg. De voorwaarden voor het recht op ketenzorg zijn opgenomen in het artikel over ketenzorg. Preventieve voetzorg kan ook deel uitmaken van medisch specialistische zorg. De voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg zijn opgenomen in het artikel over medisch specialistische zorg (algemeen). U heeft geen recht op preventieve voetzorg op grond van dit artikel als u op grond van het artikel over ketenzorg of medisch specialistische zorg (algemeen) al preventieve voetzorg ontvangt.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen: voor Sims classificatie 1 (zorgprofiel 1):

- een huisarts;
- een podotherapeut;
- een pedicure.

voor Sims classificatie 2 en 3 (zorgprofiel 2 tot en met 4):

- een huisarts;
- een podotherapeut.

Een pedicure mag de jaarlijkse voetcontrole voor Sims classificatie 1 (zorgprofiel 1) zelfstandig uitvoeren. Een pedicure mag zorg voor Sims classificatie 2 en 3 (zorgprofiel 2 en hoger) verlenen in opdracht van de podotherapeut. In dat geval is de podotherapeut de hoofdbehandelaar en brengt de podotherapeut de zorg in rekening.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant voor preventieve voetzorg door een pedicure of een podotherapeut. De verwijzing moet de vermelding van het type diabetes en uw zorgprofiel bevatten.

Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de zorg verleent, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor preventieve voetzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van preventieve voetzorg tellen niet mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor preventieve voetzorg door een niet-gecontracteerde podotherapeut. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde podotherapeut hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Overige geneeskundige (huisartsen)zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op overige geneeskundige (huisartsen)zorg die grenst aan huisartsenzorg en waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld.

De overige geneeskundige (huisartsen)zorg omvat:

- geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten;
- koemelkallergie test (Dubbelblinde Placebogecontroleerde Voedselprovocatietest).

Onder de overige geneeskundige (huisartsen)zorg valt niet de preventieve voetzorg. De dekking daarvan is op een andere plaats in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- voor geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten:
 - een gekwalificeerde en landelijk geregistreerde arts, waarvan de criteria zijn bepaald door de Registratie commissie Geneeskundige Specialisten (RGS) van de KNMG;
- voor koemelkallergie test (Dubbelblinde Placebogecontroleerde Voedselprovocatietest):
 - een zorgaanbieder die hiervoor door ons is gecontracteerd.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 71 23.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor overige geneeskundige (huisartsen)zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg tellen niet

mee voor het verplicht eigen risico.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Wat is de dekking?

U heeft recht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. Deze zorg omvat generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. De zorg kan omvatten diagnostiek, consulten, gericht overleg met uw behandelend arts en uitvoering van of regie op het behandelplan. Het gaat om zorg aan kwetsbare groepen die thuis wonen, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen, mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van het zelfstandig functioneren, het voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.

U heeft geen recht op de zorg als u een Wlz-indicatie heeft of daarvoor in aanmerking komt.

Onder deze geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen valt niet zorg die deel uitmaakt van andere zorgvormen zoals eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een specialist ouderengeneeskunde
- een arts verstandelijk gehandicapten
- gezondheidszorgpsycholoog
- klinisch psycholoog
- kinder- en jeugdpsycholoog NIP
- orthopedagoog.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen tellen mee voor het verplicht eigen risico.

Medisch specialistische zorg (algemeen)

Wat is de dekking?

U heeft recht op medisch specialistische zorg (algemeen). Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook:

- hulpmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- geneesmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- voorwaardelijk toegelaten medisch specialistische zorg als bedoeld in het artikel Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Plastische chirurgie (zorg van plastisch chirurgische aard) valt alleen onder de medisch specialistische zorg als deze is bedoeld ter correctie van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Onder de medisch specialistische zorg valt niet:

- de vierde of volgende ivf-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Een ivf-poging telt pas als poging als een follikelpunctie is geslaagd. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. In dit verband is een doorgaande zwangerschap:
 - een zwangerschap van tenminste tien weken, gerekend vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd;
 - als sprake is van het terugplaatsen van ingevroren bewaarde embryo('s), een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen, gerekend vanaf het moment van implantatie van de ingevroren bewaarde embryo('s);
 - een spontaan ontstane zwangerschap van 12 weken na de datum van de laatste menstruatie.

Een ivf-poging na een doorgaande zwangerschap telt als nieuwe, eerste poging, ook als die zwangerschap voortijdig is afgebroken;

- de eerste en tweede ivf-poging, als u jonger bent dan 38 jaar en er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, als u een vrouw van 43 jaar of ouder bent. Als het om een ivf-poging gaat die is gestart voordat u 43 jaar werd, heeft u recht op afronding van die poging;
- behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de besnijdenis van mannelijke verzekerden (circumcisie), anders dan medisch noodzakelijk;
- een buikwandcorrectie (abdominoplastiek), tenzij sprake is

van een verminking of ernstige functiebeperking;

- behandeling van asymmetrische afplatting van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplatting centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van jonge kinderen met een redressiehelm zonder dat sprake is van vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (cranosynostose);
- de geneesmiddelen als bedoeld in bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering, onder de daarin opgenomen voorwaarden. Het aantal geneesmiddelen en de voorwaarden kunnen tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij deze toe;
- uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen;
- laboratoriumonderzoek op verzoek van een alternatieve zorgaanbieder.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis, een medisch specialist of kaakchirurg die buiten een ziekenhuis werkt en een zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts-assistent, verloskundige, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, SEH-arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, sportarts, klinisch fysicus audioloog, bedrijfsarts, tandarts, kaakchirurg, optometrist, orthoptist of triage-audicien. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' en de 'Limitatieve lijst Machtigingen Kaakchirurgie' moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' en de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie' kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij de aanvraag voor de zorg moet u een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek, het voorgestelde behandelplan (zorgactiviteit) en, indien van toepassing, toepasselijke foto's zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor medisch specialistische zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor medisch specialistische zorg door een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders en hun locaties zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Second opinion

Wat is de dekking?

U heeft recht op een second opinion. Een second opinion is diagnostiek door of een advies over te verlenen geneeskundige zorg van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder van de eerdere diagnostiek of het eerdere advies. De andere zorgaanbieder moet werkzaam zijn op hetzelfde vakgebied als de oorspronkelijke zorgaanbieder. U moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke zorgaanbieder, die de regie houdt over de behandeling.

Waar moet u op letten?

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts of behandelend arts. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Transplantatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op transplantatiezorg als hieronder genoemd onder a. en recht op vergoeding van kosten van transplantatiezorg als hieronder genoemd onder b. tot en met h. Transplantatiezorg omvat:

- transplantaties van weefsels en organen, als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-land. Als de transplantatie is verricht in een ander land dan een EU- of EER-land moet de donor in dat land wonen en uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u zijn;
- kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- kosten van het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- kosten van de zorg die de donor krijgt gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Dit geldt alleen als de zorg verband houdt met die opname. In geval van een levertransplantatie geldt een termijn van een half jaar in plaats van dertien weken;
- kosten van het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg,

bedoeld in onderdeel e. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan komt het vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;

- kosten van het vervoer van en naar Nederland, van een donor die in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan komt het vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- overige kosten voor de transplantatie als deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Hieronder vallen niet de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Als een ander op grond van een zorgverzekering recht heeft op (vergoeding van kosten van) transplantatiezorg en u bent de donor, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van:

- uw vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel e;
- uw vervoer van en naar Nederland, als u in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland.

Waar moet u op letten?

Een transplantatiecentrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een medisch specialist of klinisch technoloog. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor transplantatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico. Dit geldt niet in de volgende situaties.

Als u de donor bent, komen kosten van de zorg aan u ten laste van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal als genoemd in deze bepaling onder 'Wat is de dekking?', bij sub e. Is de daarin genoemde periode verstreken, dan komen de kosten van de zorg die verband houdt met de transplantatiezorg ten laste van uw basisverzekering. Zij vallen dan niet onder het verplicht eigen risico.

Als u de donor bent en de ontvanger van het transplantatiemateriaal heeft recht op (vergoeding van kosten van) de transplantatiezorg op grond van een zorgverzekering, dan vallen de kosten van vervoer als bedoeld onder i. en j. hierboven niet onder het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder

medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Revalidatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op revalidatiezorg. Revalidatiezorg omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De zorg moet u nodig hebben ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of gedrag. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verleent de zorg.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een revalidatiecentrum mogen de zorg verlenen. De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts (hoofdbehandelaar).

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technolog, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts.

Voor revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandelend arts meesturen met de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en het voorgestelde behandelplan (zorgactiviteit).

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Geriatrische revalidatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Het betreft zorg in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De zorg is gericht op het zodanig verminderen van de functionele beperkingen dat u kunt terugkeren naar de thuissituatie.

U heeft alleen recht op de zorg als:

- u bent opgenomen (er moet sprake zijn van verblijf) bij aanvang van de zorg; en
- de zorg binnen een week aansluit op uw opname in het ziekenhuis in verband met medisch specialistische zorg en de opname niet is voorafgegaan door verblijf in een verpleeghuis. Dit geldt niet als u een acute aandoening heeft en daardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand aan de geriatrische revalidatiezorg medisch-specialistische zorg voor die acute aandoening heeft ontvangen.

De duur van de zorg bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis, een revalidatiecentrum en een instelling voor geriatrische revalidatiezorg mogen de zorg verlenen. De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde (hoofdbehandelaar).

U moet een verwijzing hebben van een medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde.

Voor het recht op geriatrische geriatrizorg voor een langere periode dan zes maanden moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de periode van zes maanden is afgelopen. Bij de aanvraag voor de zorg moet u de volgende gegevens meesturen: de reden dat terugkeer naar huis na de periode van zes maanden revalidatie nog niet mogelijk is en het behandelplan voor de verdere behandeling, inclusief de prognose voor het herstel en de terugkeer naar de thuissituatie en de verwachte duur van de verdere behandeling.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor geriatrische revalidatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geriatrische revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Dialyse zonder opname

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van dialysezorg. Dialysezorg omvat niet-klinische bloeddialyse (haemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse). De dialysezorg mag plaatsvinden in een dialysecentrum of bij u thuis.

Als de dialysezorg thuis plaatsvindt, heeft u recht op vergoeding van kosten van:

- thuisdialyse-apparatuur met toebehoren;
- de regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse;
- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van:

- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning die redelijk zijn en de kosten voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen;
- overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen.

Waar moet u op letten?

De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

U moet een verwijzing hebben van een medisch specialist of klinisch technoloog.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dialysezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dialysezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde dialysecentra zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Mechanische beademing

Wat is de dekking?

U heeft recht op mechanische beademing. De mechanische beademing mag plaatsvinden in een beademingscentrum of bij u thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Als de mechanische beademing plaatsvindt in een beademingscentrum, valt onder deze zorg:

- de noodzakelijke mechanische beademing;
- de medisch specialistische zorg, de geneesmiddelenzorg en de verpleging en verzorging die met de mechanische beademing verband houden.

Als de mechanische beademing plaatsvindt bij u thuis, valt onder deze zorg:

- de medisch specialistische en geneesmiddelenzorg die met de mechanische beademing verband houden;
- de apparatuur voor de mechanische beademing. Deze wordt door het beademingscentrum voor elke behandeling aan u gebruiksklaar ter beschikking gesteld;
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten (stroomkosten).

Voor een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing bij u thuis moet u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier stroomkosten thuisbeademing bij ons indienen. Het declaratieformulier tegemoetkoming stroomkosten thuisbeademing kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/formulieren. Op verzoek zenden wij het toe.

Waar moet u op letten?

Een beademingscentrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist of klinisch technoloog.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor mechanische beademing.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Onderzoek naar kanker bij kinderen

Wat is de dekking?

Verzekerden tot 18 jaar hebben recht op centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Waar moet u op letten?

Het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie mag de zorg verlenen.

De verzekerde moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog of arts verstandelijk gehandicapten.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor onderzoek naar kanker bij kinderen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Verzekerden tot 18 jaar hebben geen verplicht eigen risico.

Trombosezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op trombosezorg. Trombosezorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij u;
- het verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor het bepalen van de stollingstijd van uw bloed door of onder de verantwoordelijkheid van een trombosedienst;
- het ter beschikking stellen aan u van apparatuur en toebehoren voor het meten van de stollingstijd van uw bloed;
- uw opleiding voor het meten van de stollingstijd van uw bloed en het gebruik van de apparatuur daarvoor en de begeleiding van u bij het meten;
- het advies aan u over de toepassing van geneesmiddelen voor het beïnvloeden van de bloedstolling.

Waar moet u op letten?

Een trombosedienst mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verloskundige.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor trombosezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Erfelijkheidsadvisering

Wat is de dekking?

U heeft recht op erfelijkheidsadvisering. Erfelijkheidsadvisering omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- het advies aan u over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen of een gebleken hogere kans daarop;
- de psychosociale begeleiding in verband met het advies over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen;
- het onderzoek bij andere personen dan uzelf als dat noodzakelijk is voor de advisering aan u. In dat geval kunnen ook de andere personen advies krijgen.

Waar moet u op letten?

Een centrum voor erfelijkheidsadvisering mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor erfelijkheidsadvisering.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Audiologische zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op audiologische zorg. Audiologische zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dat noodzakelijk is in verband met

problemen met de gestoorde gehoorfunctie;

- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij kinderen.

Waar moet u op letten?

Een audiologisch centrum mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of triage-audicien. De geldigheidsduur van de verwijzing is twaalf maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor audiologische zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor audiologische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde audiologische centra zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. U komt daarvoor in aanmerking als u een ernstige beperking heeft bij het zien of horen of ernstige spraak-/taalmoeilijkheden heeft. Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg die is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel om u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Multidisciplinaire zorg betekent dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of na elkaar.

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de beperking;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee uw zelfredzaamheid vergroten.

De zorg omvat ook de 'mede'behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen om u heen. Zij leren vaardigheden in uw belang. De 'mede'behandeling valt onder de dekking van uw zorgverzekering.

Beperking bij het zien

Voor het recht op de zorg in verband met een beperking bij het zien moet sprake zijn van:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog;
- een gezichtsveld < 30 graden; of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Beperking bij het horen

Voor het recht op de zorg in verband met een gehoorbeperking is sprake als:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Spraak- en taalmoeilijkheden

Voor het recht op de zorg in verband met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden komt u in aanmerking als u maximaal 22 jaar oud bent. U moet ernstige problemen hebben met het aanleren van uw moedertaal door neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) moet ondergeschikt zijn aan de taalontwikkelingsstoornis.

Waar moet u op letten?

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg mag de zorg verlenen.

U moet een eerste verwijzing hebben van een medisch specialist of van een klinisch fysisch-audioloog. Een tweede of volgende verwijzing moet u hebben van een medisch specialist, klinisch fysisch-audioloog, jeugdarts of huisarts. Een tweede of volgende verwijzing is niet nodig als u een visuele beperking heeft en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- u heeft al eerder zintuiglijk gehandicaptenzorg voor uw visuele beperking ontvangen;
- er is sprake van een verandering in uw medische of persoonlijke situatie, waardoor u een nieuwe hulpvraag heeft;
- de zorgaanbieder die de zintuiglijk gehandicaptenzorg levert, stelt vast dat u een eenvoudige hulpvraag heeft, die beantwoord kan worden binnen een kort programma, het zogenoemde zorgprogramma 11.

Voor een opname voor zintuiglijk gehandicaptenzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de opname is gestart. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) het behandelplan meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zintuiglijk gehandicaptenzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Verloskundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op verloskundige zorg. Verloskundige zorg omvat zorg die verloskundigen plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook prenatale screening. Prenatale screening omvat:

- counseling (uitleg over de prenatale screening naar aangeboren afwijkingen als u zwanger bent);
- de '20-wekenecho' (een structureel echoscopisch onderzoek (seo) in het tweede trimester van de zwangerschap);
- de combinatietest, als u daarvoor een medische indicatie heeft. De combinatietest bestaat uit de NT-meting (nekplooimeting) en serumtest (bloedonderzoek);
- de NIPT, als u daarvoor een medische indicatie heeft. Van een medische indicatie is ook sprake als uit een combinatietest blijkt dat er een aanmerkelijke kans is op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau;
- invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie), als u daarvoor een medische indicatie heeft. Van een medische indicatie is ook sprake als uit een combinatietest of een NIPT blijkt dat er een aanmerkelijke kans is op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een verloskundige;
- een huisarts;
- een ziekenhuis;
- een geboortecentrum;
- een geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd;
- een echoscopisch centrum, alleen voor echoscopisch onderzoek.

Prenatale screening mag alleen worden verleend als de hiervoor genoemde zorgaanbieder:

- een vergunning heeft op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek; of
- een samenwerkingsafpraak heeft met een regionaal centrum dat beschikt over een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Voor verloskundige zorg in een ziekenhuis moet u een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, verloskundige of physician assistant.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor het gebruik van een verloskamer in een ziekenhuis als u geen medische indicatie heeft, geldt een wettelijke eigen bijdrage. Voor de berekening van de wettelijke eigen bijdrage wordt het gebruik van de verloskamer geacht onder de kraamzorg te vallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van verloskundige zorg tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Onder het verplicht eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg;
- kosten van de NIPT;
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verloskundige zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

Kraamzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op kraamzorg. Kraamzorg omvat zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling. Onder de zorg valt alleen de zorg gedurende de eerste tien dagen vanaf de dag van de bevalling.

Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg stelt de zorgaanbieder vast in overleg met de verloskundige en met ons. Voor het bepalen van het aantal uren en dagen is het 'Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg' leidend. Het aantal uren en dagen is onder andere afhankelijk van de gezinssamenstelling en de aanwezigheid van mantelzorg. Het protocol kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een kraamverzorgende;
- een ziekenhuis;
- een geboortecentrum;
- een geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd.

Voor het krijgen van de kraamzorg moet u zich bij ons aanmelden. Als u zich aanmeldt voor de twintigste week van de zwangerschap, kunnen wij tijdig voldoende zorg regelen. De aanmelding kan via het aanmeldformulier op www.hollandzorg.com/nl/formulieren.

Geldt er een wettelijke bijdrage?

Voor kraamzorg bij u thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,70 per uur. Voor kraamzorg in een instelling geldt voor zowel de moeder als het kind een wettelijke eigen bijdrage van € 19,00 per dag én het bedrag dat het tarief van de instelling per dag hoger is dan € 134,00. Dit geldt niet als u een medische indicatie heeft.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van kraamzorg tellen niet mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor kraamzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie. Fysiotherapie omvat zorg die fysiotherapeuten plegen te bieden. Oefentherapie omvat zorg die oefentherapeuten plegen te bieden.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van:

- fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat in een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Het recht gaat in vanaf de 21e behandeling. Voor sommige aandoeningen in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft u recht op de zorg tot het einde van de maximale termijn;
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie tot maximaal de eerste negen behandelingen (eenmalig);
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen). U heeft in dat geval recht op maximaal zevenendertig behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van uw heup- of kniegewricht. U heeft in dat geval recht op maximaal de eerste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
- gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. U heeft in dat geval recht op:
 - als sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: maximaal de eerste vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - als sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor

symptomen en risico op exacerbaties en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit: maximaal de eerste zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling en maximaal drie behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;

- als sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of als sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: maximaal de eerste zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling en maximaal tweeënvijftig behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
- voorwaardelijk toegelaten fysiotherapie en oefentherapie als bedoeld in het artikel Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

- fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat op een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Het recht gaat in vanaf de eerste behandeling. Voor sommige aandoeningen in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als de verzekerde fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft de verzekerde recht op de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- fysiotherapie of oefentherapie voor aandoeningen die niet in de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie staan. De verzekerde heeft in die gevallen recht op maximaal de eerste negen behandelingen per kalenderjaar voor dezelfde aandoening. Als die behandelingen ontoereikend resultaat opleveren, heeft de verzekerde aansluitend recht op maximaal negen behandelingen extra voor dezelfde aandoening.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op vergoeding van kinderfysiotherapie.

De Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek sturen wij deze toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- algemene fysiotherapie: een fysiotherapeut;
- bekkenfysiotherapie: een bekkenfysiotherapeut;
- geriatrische fysiotherapie: een geriatriefysiotherapeut;
- kinderfysiotherapie: een kinderfysiotherapeut;
- littekenbehandeling: een fysiotherapeut en huidtherapeut;
- manuele fysiotherapie: een manueel therapeut;
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut ;
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck);
- geriatrische oefentherapie: een geriatrie-oefentherapeut;
- kinderoefentherapie: een kinderoefentherapeut;
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden

(etalagebenen): een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk Chronisch ZorgNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123. De aansluiting op Chronisch ZorgNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;

- fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson: een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, een medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, tandarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of een regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP):

- voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie;
- voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut in verband met urine-incontinentie;
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen);
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van uw heup- of kniegewricht;
- voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie;
- voor zorg aan huis of in een instelling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde aanbieder moet u met het indienen van de eerste nota ook een verklaring van uw zorgaanbieder meesturen. In die verklaring moet staan hoeveel fysiotherapie of oefentherapie voor dezelfde aandoening u al heeft ontvangen. Dit geldt niet als de verzekerde:

- jonger is dan 18 jaar
- als het gaat om kosten voor bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
- als het gaat om gesuperviseerde oefentherapie in verband met:
 - perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen);
 - artrose van uw heup- of kniegewricht;
 - COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor fysiotherapie en oefentherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor fysiotherapie en oefentherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Logopedie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van logopedie. Logopedie omvat de zorg die logopedisten plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder de zorg valt ook stottertherapie. Onder de zorg valt ook voorwaardelijk toegelaten logopedie als bedoeld in het artikel Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Onder de zorg valt niet:

- de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- de behandeling van een taalachterstand in de Nederlandse en/of een vreemde taal, in het geval van meertaligheid;
- de behandeling van dyslexie.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- preverbaal logopedie: een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Preverbaal logopedie van de NVLF;
- Afasie-therapie: een logopedist die is ingeschreven in het register Afasie van de NVLF;
- het Hanen-ouderprogramma PDMT (Praten Doe je Met z'n Tweeën): een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Hanen-ouderprogramma PDMT van de NVLF;
- het Hanen-ouderprogramma MDW (Meer Dan Woorden): een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Hanen-ouderprogramma MDW van de NVLF;
- individuele stottertherapie: een logopedist of een stottertherapeut die is ingeschreven in het deelregister Stotteren van de NVLF;
- integrale zorg stotteren: een logopedist of stottertherapeut die is ingeschreven in het deelregister integrale zorg stotteren van de NVLF;
- logopedie voor de ziekte van Parkinson: een logopedist die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze logopedisten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige logopedie: een logopedist.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, tandarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of een regiebehandelaar in het

kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Dit geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Als een verwijzing vereist is, moet u bij het indienen van de nota een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor logopedie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor logopedie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde logopedisten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Ergotherapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van ergotherapie tot een maximum van 10 behandelingen per kalenderjaar. Ergotherapie omvat de zorg die ergotherapeuten plegen te bieden. Ergotherapie heeft als doel om uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen. Onder de zorg valt ook voorwaardelijk toegelaten ergotherapie als bedoeld in het artikel Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ergotherapie voor de ziekte van Parkinson: een ergotherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze ergotherapeuten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige ergotherapie: een ergotherapeut.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, of een regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Dit

geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Als een verwijzing vereist is, moet u bij het indienen van de nota een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ergotherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ergotherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde ergotherapeuten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Diëtetiek

Wat is de dekking?

U heeft recht op diëtetiek tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar. Diëtetiek omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten en behandeling door diëtetiek gericht op het opheffen verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten, zoals diëtisten die plegen te bieden. Onder de zorg valt ook voorwaardelijk toegelaten diëtetiek als bedoeld in het artikel Voorwaardelijk toegelaten zorg.

U heeft geen recht op diëtetiek als u deze zorg al in het kader van ketenzorg of in het kader van gecombineerde

leefstijlinterventie ontvangt voor dezelfde aandoening, zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- diëtetiek voor de ziekte van Parkinson: een diëtist die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze diëtisten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- overige diëtetiek: een diëtist.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, tandarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of een regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Dit geldt niet voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg heeft afgerond. In dat geval is geen verwijzing vereist.

Zorgaanbieders die de cursus Directe Toegankelijkheid met goed gevolg hebben afgerond, zijn te vinden via www.kwaliteitsregisterparamedici.nl met de vermelding 'DT'. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Als een verwijzing vereist is, moet u bij het indienen van de nota een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor diëtetiek.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor diëtetiek door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde diëtisten zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Ketenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op ketenzorg. Ketenzorg kan er zijn voor personen van 18 jaar en ouder met Diabetes Mellitus type 2, voor vasculair risicomanagement, voor COPD en astma.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een gecontracteerde zorggroep. Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123;
- een zorgaanbieder die door ons is aangewezen voor het verlenen van huisartsenzorg, preventieve voetzorg en diëtetiek, ieder voor het betreffende onderdeel van de ketenzorg.

Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ketenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico.

Onder het verplicht eigen risico vallen wel kosten van eventueel (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts.

Tandheelkundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op tandheelkundige zorg. Tandheelkundige zorg (mondzorg) omvat zorg die tandartsen plegen te bieden.

Alle leeftijden

U heeft recht op tandheelkundige zorg als:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel heeft. De stoornis of afwijking moet zo ernstig zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis of afwijking er niet was geweest. In dat geval valt ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat onder de zorg, als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft en het implantaat nodig is om een uitneembare prothese te bevestigen. U heeft geen recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als uw kaak al langere tijd tandeloos is en functionele klachten niet samenhangen met de ernstig geslonken kaak.
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. De aandoening moet zodanig zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.
- een medische behandeling zonder die tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien noodzakelijk is;
- een incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal twee fluoridebehandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien wenselijk is;
- aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- plaatselijke verdoving (anesthesie);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische hulp);
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);

- behandeling van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort tevens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het klik-systeem).

Jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar en de zorg valt niet onder het kopje tandheelkundige zorg voor 'alle leeftijden', dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval. Hierbij geldt als voorwaarde dat de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat u 18 jaar bent geworden.

Waar moet u op letten?

Een tandarts al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging mag de zorg verlenen.

Een mondhygiënist al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging mag de zorg verlenen voor zover het zorg betreft die mondhygiënist plegen te bieden.

Voor zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts, kaakchirurg of orthodontist. De tandarts, kaakchirurg of orthodontist die de verwijzing afgeeft, mag niet zijn verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een kaakchirurg mag chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard verlenen. Voor zorg door een kaakchirurg moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of orthodontist of een andere kaakchirurg.

Uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, mogen ook aangemeten, gemaakt en geplaatst worden door een tandprotheticus. Als het gaat om het aanmeten, maken, passen en plaatsen door een tandprotheticus van uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen op tandheelkundige implantaten moet u een verwijzing hebben van een tandarts, kaakchirurg of orthodontist.

Voor een aantal vormen van tandheelkundige zorg moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Het gaat om de volgende zorg:

- gnathologische zorg als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- het maken van een kaakoverzichtsfoto als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- de derde of vierde fluoride-behandeling per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als u jonger bent dan 23 jaar;
- de zorg die is omschreven onder het kopje 'Alle leeftijden';
- behandelingen onder narcose;
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als de behandeling voorkomt op de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie'. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden;
- het maken, plaatsen, repareren of rebasen van een volledige tandheelkundige prothese voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten;
- zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage:

- voor zorg die valt onder het kopje 'Alle leeftijden', als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening had gebracht als er geen sprake was van recht op vergoeding van de kosten onder het kopje 'Alle leeftijden'. Dat betekent dat u feitelijk recht heeft op vergoeding van alleen de extra kosten die gemoeid zijn met die zorg;
- voor een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- of onderkaak, als u 18 jaar of ouder bent en de zorg valt niet onder het kopje 'Alle leeftijden'. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 25% van de kosten van die gebitsprothese. In afwijking hiervan geldt voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een wettelijke eigen bijdrage van:
 - a. 10% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de onderkaak;
 - b. 8% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de bovenkaak.
- voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige gebitsprothese. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 10% van de kosten van die reparatie of overzetting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is de dekking?

Orthodontie omvat zorg van orthodontische aard die tandartsen plegen te bieden. U heeft recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaakmondstelsel heeft. De orthodontie moet noodzakelijk zijn voor het behouden of verkrijgen van een tandheelkundige functie, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis er niet was geweest. De stoornis of afwijking moet zodanig zijn, dat mededagnostiek of medebehandeling van andere vormen van zorg dan de tandheelkundige zorg (multidisciplinaire behandeling) noodzakelijk is.

Waar moet u op letten?

Orthodontisten, al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde, mogen de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of tandarts-specialist.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor orthodontie in bijzondere gevallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Geneesmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) omvat terhandstelling van:

- de volgende geregistreerde geneesmiddelen en voor zover deze door ons zijn aangewezen:
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 (maar niet in bijlage 2) van de Regeling zorgverzekering;
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat per geneesmiddel extra voorwaarden voor de levering van het geneesmiddel. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van deze geneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die voor het betreffende geneesmiddel zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;

In het Reglement Farmacie is opgenomen welke geregistreerde geneesmiddelen door ons zijn aangewezen. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe.

Voorkeursbeleid

Binnen een aantal groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij een voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Heeft u recht op een voorkeursgeneesmiddel? Dan heeft u geen recht op een ander geneesmiddel, tenzij sprake is van een medische noodzaak of een logistieke noodzaak.

Er is sprake van een medische noodzaak als het medisch gezien onverantwoord is dat u het voorkeursgeneesmiddel gebruikt. Uw voorschrijver mag alleen medische noodzaak op het recept vermelden als de voorschrijver die noodzaak kan onderbouwen. De apotheek controleert of er sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel stemmen de apotheek en de voorschrijver de medische noodzaak af. Kunnen de voorschrijver en de apotheek niet tot overeenstemming komen? Dan gaat het standpunt van de apotheker voor, tenzij wij anders beslissen.

Is sprake van een medische noodzaak? Dan krijgt u niet het voorkeursgeneesmiddel. In dat geval kiest uw apotheek op basis van de voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van de voorschrijver een ander geneesmiddel met de laagste prijs. Voordat u het geneesmiddel van uw keuze krijgt, moet u tenminste twee goedkopere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof geprobeerd hebben. Die geneesmiddelen moeten dan wel beschikbaar en medisch aanvaardbaar voor u zijn. Er is een logistieke noodzaak als het voorkeursgeneesmiddel langere tijd niet verkrijgbaar is in Nederland en er in de tussentijd geen ander voorkeursgeneesmiddel is aangewezen.

Is sprake van een logistieke noodzaak? Dan kiest uw apotheek op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt.

De lijst met voorkeursgeneesmiddelen maakt onderdeel uit van het Reglement Farmacie. Wij kunnen de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op elk moment wijzigen. Wijzigingen maken wij bekend via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Wij noemen het aanwijzen van voorkeursgeneesmiddelen voorkeursbeleid.

Voor de andere aangewezen geneesmiddelen heeft u recht op het geneesmiddel volgens het beleid van de zogenoemde Laagste Prijs Garantie. In het Reglement Farmacie is opgenomen welke voorwaarden voor dat beleid gelden. Geeft uw voorschrijver door de aantekening medische noodzaak op het recept aan dat het volgens dat beleid aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is? Dan controleert de apotheek of sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel stemmen de apotheek en de voorschrijver de medische noodzaak af. Kunnen de voorschrijver en de apotheek niet tot overeenstemming komen? Dan gaat het standpunt van de apotheker voor, tenzij wij anders beslissen. Heeft u recht op een ander geregistreerd geneesmiddel? Dan kiest uw apotheek op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt.

- de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:
 - apotheekbereidingen, tenzij sprake is van:
 - apotheekbereidingen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen

in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering, met uitzondering van apotheekbereidingen die:

- (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd UR-geneesmiddelen waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
- (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd UR-geneesmiddel dat is opgenomen in bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, mits aan daarbij vermelde criteria is voldaan;
- geneesmiddelen die, na vooraf verkregen toestemming door het Staatstoezicht op de volksgezondheid, en overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels worden afgeleverd naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die onder zijn toezicht bestemd zijn voor gebruik door u, als:
 - deze geneesmiddelen in Nederland zijn bereid door een fabrikant met een vergunning voor het bereiden van geneesmiddelen op grond van de Geneesmiddelenwet en zijn bereid volgens de specificaties van die arts; of
 - deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht, als u aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort;
- geneesmiddelen waarvoor door het College ter beoordeling van geneesmiddelen om volksgezondheidsredenen een handelsvergunning is verleend als die geneesmiddelen niet in Nederland zijn de handel zijn, maar wel in een ander EU-land, als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort.
- de volgende dieetpreparaten:
 - dieetpreparaten als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bedoelde dieetpreparaten als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:
 - laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag leeg te maken en kunsttranen als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze zelfzorggeneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
 - maagzuurremmers als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze maagzuurremmers als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Onder de geneesmiddelenzorg valt ook het advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

Onder geneesmiddelenzorg vallen niet:

- geneesmiddelen om het krijgen van een ziekte tijdens reizen te voorkomen;
- geneesmiddelen voor onderzoek (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet);
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering;
- geneesmiddelen waarmee nog klinische proeven worden gedaan en die beschikbaar worden gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet);
- geneesmiddelen die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze geneesmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Op verzoek zenden wij deze toe.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?

Wij verstrekken geneesmiddelen niet in onbeperkte hoeveelheden. Per terhandstelling heeft u recht op de geneesmiddelen voor een periode van:

- maximaal twaalf maanden, als het gaat om de anticonceptiepill (orale anticonceptiva);
- minimaal drie maanden en maximaal twaalf maanden, als u een chronische aandoening heeft en u het geneesmiddel al minimaal zes maanden gebruikt, nadat u goed ben ingesteld op dat geneesmiddel. In afwijking hiervan geldt voor de terhandstelling van benzodiazepinen, hypnotica en anxiolytica een periode van maximaal één maand. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, bepaalt of sprake is van een chronische aandoening;
- maximaal één kuur of één maand, als het gaat om antibiotica of chemotherapie ter bestrijding van acute aandoeningen;
- maximaal 15 dagen of de kleinste afleververpakking voor een geneesmiddel dat nieuw is voor u;
- maximaal één maand in alle andere gevallen.

Waar moet u op letten?

Apothekers en apotheekhoudende huisartsen mogen de zorg verlenen.

Dieetpreparaten mogen ook worden geleverd door leveranciers van dieetpreparaten.

U moet een voorschrift (recept) hebben. Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat een arts (waaronder ook een huisarts, een medisch specialist, een arts verstandelijk gehandicapten, een sportarts, een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundig specialist en SEH-arts), een orthodontist, een tandarts, een verloskundige en een physician assistant het voorschrift mogen afgeven. Hierbij geldt de voorwaarde dat het voorgeschreven geneesmiddel verband houdt met de zorg die de voorschrijver pleegt te bieden.

Voor de geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aparte regels. De zorgaanbieders die het voorschrift voor deze geneesmiddelen

mogen afgeven, zijn per geneesmiddel genoemd in het Reglement Farmacie. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe.

Toestemming of apotheekinstructie

Voor het recht op sommige geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Voor het recht op andere geneesmiddelen die in bijlage 2 zijn opgenomen, geldt dat de apotheker of de apotheekhoudende huisarts op grond van een artsverklaring of apotheekinstructie het recht op het geneesmiddel moet vaststellen.

In het Reglement Farmacie zijn deze voorwaarden per geneesmiddel opgenomen. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe.

Toestemming voor doorgeleverde bereidingen

Doorgeleverde bereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die in één apotheek worden gemaakt (magistrale bereidingen) en die worden doorgeleverd aan een andere apotheek. Voor het recht op bepaalde, door ons aangewezen doorgeleverde bereidingen moet u schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De doorgeleverde bereidingen waarvoor toestemming is vereist, staan in het 'Overzicht doorgeleverde bereidingen'. Dit overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij het toe. Bij de aanvraag voor toestemming moet u meesturen een kopie van het recept en een rapportage van de behandelend arts waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en het voorgestelde behandelplan zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Er geldt ook een wettelijke eigen bijdrage als een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

In het jaar 2022 is de hoogte van uw wettelijke eigen bijdrage maximaal € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt de wettelijke eigen bijdrage voor uw basisverzekering in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Van het verplicht eigen risico zijn vrijgesteld anticonceptiva als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en de terhandstelling daarvan en medicatiebeoordeling, zoals

opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Van het verplicht eigen risico zijn vrijgesteld de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. De terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een voorkeursgeneesmiddel en een inhalatie-instructie vallen wel onder het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geneesmiddelenzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Verblijf

Wat is de dekking?

U heeft recht op verblijf en de daarbij horende verpleging, verzorging of paramedische zorg. Verblijf omvat een opname gedurende een onafgebroken periode van maximaal 1095 dagen (drie jaar). Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg algemeen, plastische chirurgie, revalidatiezorg, geriatrie revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, zintuiglijk gehandicaptenzorg, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz, erfelijkheidsadviesing of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Een onderbreking van de opname van maximaal dertig dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen echter niet mee voor de berekening van de 1095 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

De zorg omvat niet:

- verblijf dat u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- verblijf in verband met het tijdelijk overnemen van de zorg om een mantelzorger te ontlasten (respijtzorg);
- eerstelijnsverblijf. De dekking hiervan is opgenomen in een apart artikel.

Verblijf buiten een instelling

U heeft recht op vergoeding voor verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg op voorwaarde dat:

- u tijdens het verblijf beschikt over een mantelzorger; en
- de reistijd tussen het ziekenhuis van uw behandeling en uw woonplaats meer dan 60 minuten is; en

- de reistijd tussen het ziekenhuis van uw behandeling en uw verblijfplaats maximaal 60 minuten is.

De vergoeding van de kosten van overnachtingen bedraagt maximaal € 77,50 per nacht. U regelt het verblijf zelf.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf bieden:

- ziekenhuis, als u medisch specialistische zorg, revalidatiezorg, geriatrie revalidatiezorg, transplantatiezorg, mechanische beademing, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard krijgt;
- een revalidatiecentrum, als u revalidatiezorg of geriatrie revalidatiezorg krijgt;
- een psychiatrisch ziekenhuis, als u gespecialiseerde ggz krijgt;
- een beademingscentrum, als u mechanische beademing krijgt;
- een centrum voor erfelijkheidsadviesing, voor erfelijkheidsadviesing aan u;
- een instelling voor geriatrie revalidatiezorg;
- een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Dit geldt niet als het verblijf noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg en niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg. In dat geval mag u zelf bepalen waar u verblijft, zolang aan de voorwaarden voor vergoeding van dat verblijf is voldaan.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

U moet voorafgaande aan het verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om een opname voor:

- behandelingen die voorkomen op de 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen'. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden;
- behandelingen die voorkomen op de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie'. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden;
- revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- zintuiglijk gehandicaptenzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- gespecialiseerde ggz voor het tweede jaar aaneengesloten verblijf en voor het derde jaar aaneengesloten verblijf. Bij de aanvraag moet u telkens (een kopie van) de Checklist langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ meesturen. Deze checklist kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij de aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor verblijf zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Eerstelijnsverblijf

Wat is de dekking?

U heeft recht op eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Daarbij is sprake van 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging, al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor het verblijf. Het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie op korte termijn of heeft betrekking op palliatief terminale zorg.

De zorg omvat niet:

- verblijf als bedoeld in het aparte artikel voor verblijf in deze verzekeringsvoorwaarden;
- verblijf in verband met het tijdelijk overnemen van de zorg om een mantelzorger te ontlasten (respijtzorg);
- verblijf dat u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- verblijf voor verzekerden op grond van een Wlz-indicatie.

Waar moet u op letten?

Een instelling voor eerstelijnsverblijf mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

U moet voorafgaande aan het (verlengde) verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om:

- verblijf in een instelling die geen contract met ons heeft;
- verblijf dat langer dan drie maanden duurt en geen verblijf voor palliatieve zorg betreft.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor eerstelijnsverblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde

zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31 (0) 570 687 123.

Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de geïndiceerde zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een verpleegkundige met diploma MBO-Verpleegkunde;
- een verzorgende IG of verzorgende niveau 3. met diploma op MBO-niveau 3.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op hollandzorg.com/nl. Op verzoek zenden wij het toe. Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt;
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement Zvw-pgb. Het Reglement Zvw-pgb kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening.

Ambulancevervoer

Wat is de dekking?

U heeft recht op ambulancevervoer. Ambulancevervoer omvat ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de Wlz komt;
- naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;

- e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet u op letten?

Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

U moet een voorschrift hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent, verpleegkundig specialist of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

U moet in twee gevallen schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Het gaat om deze situaties:

- vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer;
- vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance.

Toestemming is niet verplicht als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Bij de aanvraag voor het vervoer moet u een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de motivatie voor de aanvraag zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Ziekenvervoer

Wat is de dekking?

U heeft recht op ziekenvervoer. Ziekenvervoer omvat vervoer met de (eigen) auto of taxi, anders dan per ambulance, of vervoer met openbaar vervoer over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de Wlz komt;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen

van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;

- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a tot en met c of een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

Daarbij geldt als voorwaarde dat sprake is van een van de volgende redenen:

- u moet nierdialyses ondergaan; ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder;
- u moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan; ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder;
- u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- u ziet zo slecht dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- de verzekerde is jonger dan achttien jaar en is aangewezen op intensieve kindzorg;
- u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg;
- u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

De vergoeding van ziekenvervoer met de (eigen) auto bedraagt € 0,32 per kilometer. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op internet (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner) door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming. Vergoeding voor openbaar vervoer geldt alleen voor de laagste klasse van het openbaarvervoermiddel.

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

Ziekenvervoer omvat ook vervoer in andere gevallen dan hiervoor beschreven, als u in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en voor consulten, onderzoek en controles, die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden van dat vervoer voor u bijzonder onredelijk is. Aan de hand van verschillende gegevens bepalen wij of u alsnog recht heeft op vergoeding van het vervoer. Wij gebruiken hierbij de volgende formule: (het aantal weken dat de behandeling duurt) x (het aantal keren dat het vervoer per week nodig is voor de behandeling) x (de enkele reisafstand in kilometers voor het vervoer naar de zorgaanbieder) x 0,25. Als de uitkomst van deze berekening 250 of hoger is, heeft u recht op vergoeding. Ziekenvervoer omvat ook het vervoer van een begeleider. De begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of het moet gaan om begeleiding van een verzekerde die jonger dan 16 jaar is. In bijzondere gevallen kunnen wij schriftelijke toestemming geven voor vervoer van twee begeleiders.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan per auto of het openbaar vervoer kan ook onder het ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per auto of het openbaar vervoer niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Kosten van overnachtingen

U heeft recht op vergoeding van kosten van logeren in plaats van (een vergoeding van kosten van) ziekenvervoer:

- als u recht heeft op ziekenvervoer; en
- dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- het logeren doelmatiger en minder belastend is voor u dan het dagelijks op en neer reizen van huis naar de behandellocatie.

U heeft dan recht op vervoer voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van kosten van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De vergoeding voor de kosten van overnachtingen bedraagt maximaal € 77,50 per nacht. U regelt uw overnachting zelf.

Waar moet u op letten?

Voor ziekenvervoer met de (eigen) auto kunt u gebruik maken van een auto van uzelf of van iemand anders. Voor ziekenvervoer met de taxi mag u gebruik maken van een taxivervoerder. Voor ziekenvervoer met het openbaar vervoer mag u gebruik maken van een openbaar vervoerbedrijf.

U moet een voorschrift hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Voor vergoeding van vervoer moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. U moet ook voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons hebben voor vergoeding van kosten van overnachtingen. Bij de aanvraag voor het vervoer of de overnachtingen moet u de reden van de aanvraag en het voorschrift meesturen. Het aanvraagformulier voor ziekenvervoer kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/formulieren. Op uw verzoek zenden wij het formulier toe.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 111,00 per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;

- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- voor de kosten van logeren.

De wettelijke eigen bijdrage geldt ook voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie als u gebruik maakt van een overnachting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ziekenvervoer door een niet-gecontracteerd taxibedrijf. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde taxibedrijven zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Basis ggz

Wat is de dekking?

U heeft recht op basis ggz. Basis ggz omvat diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek, zoals klinisch psychologen plegen te bieden. Een psychiater kan geen regiebehandelaar zijn in de basis ggz.

De zorg is verdeeld in de volgende zorgtrajecten (de basiszorg ggz profielen):

- Generalistische Basis GGZ Kort;
- Generalistische Basis GGZ Middel;
- Generalistische Basis GGZ Intensief;
- Generalistische Basis GGZ Chronisch.

De zorgtrajecten kunnen bestaan uit verschillende onderdelen, zoals: intake, diagnostiek, behandeling middels individuele gesprekken, groepsessies of internetbehandeling, effectmetingen, verslaglegging en consultatie.

Onder de basis ggz valt niet:

- de zorg die u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden vindt u meer informatie over welke behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op verzoek sturen wij een overzicht toe.

Veldafpraak

Landelijk worden veldafspraken voor de geestelijke gezondheidszorg vastgesteld door vertegenwoordigers van de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. De zorgaanbieder moet de zorg in overeenstemming met de landelijk vastgestelde veldafspraken leveren. U kunt de landelijk vastgestelde veldafspraken bekijken en downloaden via www.zorgprestatiemodel.nl.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de basis ggz verlenen:

- een gezondheidszorgpsycholoog;
- een klinisch psycholoog;
- een klinisch neuropsycholoog;
- een psychotherapeut;
- een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz;
- verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van basis ggz.

Overgangsregeling

Als u in het jaar 2021 18 jaar wordt en u ontvangt op dat moment zorg van een regiebehandelaar met een postmasterregistratie in het register van Stichting kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of BIG register (doorgaans een orthopedagoog of een zorgaanbieder die als kind- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)), dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag na die waarop u 18 jaar bent geworden. De voortzetting van de behandeling moet zijn gericht op afsluiting of overdracht.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder moet beschikken over een geldig kwaliteitsstatuut, op basis van het kwaliteitsstatuut dat is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland en moet het kwaliteitsstatuut naleven.

Met gecontracteerde zorgaanbieders maken wij afspraken over kwaliteit en inzet van de regiebehandelaar. In geval van niet-gecontracteerde zorg controleren wij bij het indienen van de nota onder meer of de inzet van de regiebehandelaar geleverd is conform het geldende kwaliteitsstatuut. Indien nodig, vragen wij aanvullende informatie op. Mede op basis van die informatie besluiten wij over de vergoeding van kosten van de zorg.

Verwijzing

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, regiebehandelaar (in geval van doorverwijzing), een bedrijfsarts of een straatdokter:

- bij de start van de diagnostiek en de behandeling;

- na het verstrijken van 365 dagen nadat de zorg is gestart, behalve in geval van het zorgtraject Generalistische Basis GGZ Chronisch;
- als sprake is van een nieuwe zorgvraag. Uw verwijzer bepaalt dit.

De eis van een verwijzing geldt niet:

- als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld;
- als sprake is van verplichte behandeling op basis van de Wet Verplichte GGZ;
- als de zorg een directe voortzetting is van;
 - zorg aan u vanuit een justitieel traject;
 - zorg aan u door dezelfde zorgaanbieder na het eindigen van de WLZ-indicatie;
 - zorg aan u vanuit de Jeugdwet;
 - gespecialiseerde ggz voor dezelfde zorgvraag;
- in geval van doorverwijzing voor dezelfde zorgvraag tussen zorgaanbieders die op grond van deze verzekeringsvoorwaarden basis ggz of gespecialiseerde ggz mogen bieden.

De geldigheidsduur van de verwijzing is negen maanden (275 dagen) te rekenen vanaf de datum dat u zich heeft aangemeld bij een in deze verzekeringsvoorwaarden aangewezen zorgaanbieder voor het leveren van de zorg.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor basis ggz.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor basis ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Gespecialiseerde ggz

Wat is de dekking?

U heeft recht op gespecialiseerde ggz. Gespecialiseerde ggz omvat diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden.

Onder de gespecialiseerde ggz valt niet:

- de zorg die u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie)

psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;

- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden vindt u meer informatie over welke behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op verzoek sturen wij een overzicht toe.

Veldafsprak

Landelijk worden veldafspraken voor de geestelijke gezondheidszorg vastgesteld door vertegenwoordigers van de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. De zorgaanbieder moet de zorg in overeenstemming met de landelijk vastgestelde veldafspraken leveren. U kunt de landelijk vastgestelde veldafspraken bekijken en downloaden via www.zorgprestatiemodel.nl.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar de gespecialiseerde ggz verlenen:

- een klinisch psycholoog;
- een klinisch neuropsycholoog;
- een psychiater;
- een psychotherapeut;
- een specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een verslavingsarts, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een klinisch geriater, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- verpleegkundig specialist ggz, werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz;
- een gezondheidszorgpsycholoog werkzaam in een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz.

Overgangsregeling

Als u in het jaar 2021 18 jaar wordt en u ontvangt op dat moment zorg van een regiebehandelaar met een postmasterregistratie in het register van Stichting kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of BIG register (doorgaans een orthopedagoog of een kinder- en jeugdpsycholoog die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)), dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag na die waarop u 18 jaar bent geworden.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder moet beschikken over een geldig kwaliteitsstatuut, op basis van het kwaliteitsstatuut dat is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland en moet het kwaliteitsstatuut naleven.

Met gecontracteerde zorgaanbieders maken wij afspraken over kwaliteit en inzet van de regiebehandelaar. In geval van niet-gecontracteerde zorg controleren wij bij het indienen van de nota onder meer of de inzet van de regiebehandelaar geleverd is conform het geldende kwaliteitsstatuut. Indien nodig, vragen

wij aanvullende informatie op. Mede op basis van die informatie besluiten wij over de vergoeding van kosten van de zorg.

Verwijzing

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, regiebehandelaar (in geval van doorverwijzing), een bedrijfsarts of een straatdokter:

- bij de start van de diagnostiek en de behandeling;
- bij een terugval van dezelfde zorgvraag na 365 dagen nadat de zorg is gestart;
- als sprake is van een nieuwe zorgvraag. Uw verwijzer bepaalt dit.

De eis van een verwijzing geldt niet:

- als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (acute ggz / crisis DBC / spoedzorg);
- als sprake is van verplichte behandeling op basis van de Wet Verplichte GGZ;
- als de zorg een directe voortzetting is van;
 - zorg aan u vanuit een justitieel traject;
 - zorg aan u door dezelfde zorgaanbieder na het eindigen van de WLZ-indicatie;
 - zorg aan u vanuit de Jeugdwet;
 - basis ggz voor dezelfde zorgvraag;
- in geval van doorverwijzing voor dezelfde zorgvraag tussen zorgaanbieders die op grond van deze verzekeringsvoorwaarden basis ggz of gespecialiseerde ggz mogen bieden.

De geldigheidsduur van de verwijzing is negen maanden (275 dagen) te rekenen vanaf de datum dat u zich heeft aangemeld bij een in deze verzekeringsvoorwaarden aangewezen zorgaanbieder voor het leveren van de zorg.

Toestemming

U moet schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt:

- voor het gebruik van het geneesmiddel Esketamine neusspray (Spravato);
- voor de zorg in de setting hoogspecialistische ggz bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Een van de vereisten voor toestemming is dat wij met uw zorgaanbieder tot schriftelijke overeenstemming komen voor het verlenen van de zorg. Dient niet uw zorgaanbieder namens u de aanvraag in, maar uzelf of een andere vertegenwoordiger? Dan is uw uitdrukkelijke toestemming aan ons om contact met uw zorgaanbieder op te nemen om tot schriftelijke overeenstemming te komen over het verlenen van de zorg noodzakelijk;
- voor gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in combinatie met verblijf;
- voor gespecialiseerde ggz in combinatie met verblijf voor het tweede aaneengesloten jaar en het derde aaneengesloten jaar verblijf, elk jaar opnieuw. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) de Checklist langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ 2022 meesturen. Deze checklist kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij elke aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld regiebehandelaar meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor de aangevraagde zorg zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Hulpmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Hulpmiddelenzorg omvat de functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. De omvang van de zorg is nader bepaald in dit reglement. In dit reglement is verder opgenomen of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt. Ook verdere voorwaarden voor het recht op de zorg en het gebruik van de hulpmiddelen zijn opgenomen in het reglement.

Het Reglement Hulpmiddelen kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij het toe.

Onder de hulpmiddelenzorg vallen niet:

- hulpmiddelen en verbandmiddelen die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze hulpmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg. In geval van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie vallen de hulpmiddelen en de noodzakelijke toebehoren (behorend bij de hoofdunit) ook onder de medisch specialistische zorg. In deze situatie vallen de verbandmiddelen wel onder de hulpmiddelenzorg;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop u recht heeft op grond van de Wlz, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA);
- de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen zoals energieverbruik en batterijen, tenzij dat in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

Waar moet u op letten?

In beginsel moet u gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

U kunt kiezen voor zorg door een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder. In het Reglement Hulpmiddelen staat welke zorgaanbieders de zorg in dat geval mogen verlenen.

Voor het krijgen van hulpmiddelenzorg moet u een voorschrift hebben. In het Reglement Hulpmiddelen is per categorie hulpmiddelen opgenomen welke zorgaanbieder het voorschrift mag afgeven.

In het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen in welke gevallen u schriftelijke toestemming van ons moet hebben voordat u de zorg krijgt en aan welke voorwaarden de aanvraag moet voldoen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze is opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke maximale vergoeding. Onder de wettelijke eigen bijdrage vallen ook de kosten die uitkomen boven die wettelijke maximale vergoeding en daarom voor uw rekening blijven.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico. Dit geldt niet voor hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt, met uitzondering van de bij die hulpmiddelen behorende verbruiksartikelen of gebruikskosten.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Als de hulpmiddelenzorg tijdig beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgaanbieder, maar u koopt of huurt het hulpmiddel of verbandmiddel bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hanteren wij een maximumvergoeding.

Een hulpmiddel of verbandmiddel dat wij normaal gesproken in eigendom verstrekken, vergoeden wij in dat geval tot maximaal 75% van de kosten die wij zouden maken als u de zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder had gekregen. In dat geval vergoeden wij ook maximaal 75% van de eventuele reparatiekosten van het hulpmiddel.

De kosten van een hulpmiddel dat wij normaal gesproken in bruikleen verstrekken, vergoeden wij in dat geval per kalenderjaar. Wij vergoeden dan maximaal 75% van de kosten, die wij zouden maken voor het in bruikleen verstrekken van die zorg in dat kalenderjaar. De vergoeding is naar rato van het aantal dagen dat u in dat kalenderjaar recht heeft op die hulpmiddelenzorg en het hulpmiddel daadwerkelijk tot uw beschikking heeft.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Stoppen met roken

Wat is de dekking?

U heeft recht op een stoppen-met-roken-programma. De zorg omvat een programma van geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen gericht op gedragsverandering met als doel stoppen met roken. U heeft alleen recht op geneesmiddelen die verband houden met stoppen met roken als die deel uitmaken van het programma. De zorg is beperkt tot het volgen van één programma per kalenderjaar.

U heeft geen recht op een stoppen-met-roken-programma als u begeleiding bij stoppen met roken krijgt als onderdeel van ketenzorg.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een huisarts die het stoppen-met-rokenprogramma biedt;
- een zorgaanbieder die:
 - is geregistreerd in het Kwaliteitsregister stoppen met roken. Het register kunt u raadplegen via www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl; én
 - de geboden interventie levert conform de zorgmodule Stoppen met Roken en welke voldoet aan de richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met Roken ondersteuning';
- een door ons gecontracteerde zorgaanbieder voor stoppen met roken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor stoppen met roken.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. De kosten tellen daarom niet mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor een stoppen-met-roken-programma door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Gecombineerde leefstijlinterventie

Wat is de dekking?

U heeft recht op een gecombineerde leefstijlinterventie, als u 18 jaar of ouder bent en minimaal een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas. De verzekerde van 16 of 17 jaar heeft ook recht op zorg als de huisarts de zorg passend acht. Een gecombineerde leefstijlinterventie omvat een combinatie van interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Een gecombineerde leefstijlinterventie wordt in de vorm van een zorgprogramma aangeboden. Het zorgprogramma bestaat uit individuele sessies en sessies die in groepsverband worden aangeboden en maakt onderscheid in een behandelingsfase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden.

U heeft recht op de zorgprogramma's die staan in de lijst Aangewezen zorgprogramma's gecombineerde leefstijlinterventie. Deze lijst kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- zorgaanbieder, die als leefstijlcoach staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
- fysiotherapeut, die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie;
- oefentherapeut, die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- diëtist, die met aantekening 'leefstijlcoaching' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een door ons gecontracteerde zorggroep.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch-specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie tellen niet mee voor het verplicht eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor een gecombineerde leefstijlinterventie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op voorwaardelijk toegelaten zorg en diensten die bij ministeriële regeling (artikel 2.2 Regeling zorgverzekering) zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

De voorwaardelijk toegelaten zorg is opgenomen in de lijst Voorwaardelijk toegelaten zorg. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe.

Als dure en weesgeneesmiddelen of andere vormen van zorg voorwaardelijk worden toegelaten tijdens de looptijd van de basisverzekering, gelden voor het recht op die zorg de daarbij in betreffende ministeriële regeling opgenomen voorwaarden.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico. Dit geldt niet als de zorg onderdeel is van de zorg die is genoemd in artikel 5 en 6 van de specifieke bepalingen van de basisverzekering.



Aanvullende verzekering Flexpolis No Risk I

De Flexpolis No Risk I bevat een dekking voor het verplicht eigen risico.

Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk I

De Flexpolis No Risk I is een aanvullende verzekering. Op de Flexpolis No Risk I zijn van toepassing:

- de afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in dit hoofdstuk Aanvullende verzekering Flexpolis No Risk I;
- de lijst met begrippen;
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

Flexpolis No Risk I sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunt u de Flexpolis No Risk I sluiten?

Voor het sluiten van een Flexpolis No Risk I gelden de volgende acceptatievoorwaarden:

- u (verzekeringnemer) kunt alleen een Flexpolis No Risk I sluiten als de persoon die u (verzekeringnemer) wilt verzekeren op het moment van ingaan van de Flexpolis No Risk I ook een basisverzekering heeft;
- u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Eno Zorgverzekeraar N.V. of Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.;
- u (verzekeringnemer) en de overige te verzekeren perso(o)n(en) behoren op de ingangsdatum van de Flexpolis No Risk I tot de in een met ons gesloten collectiviteit overeengekomen (groep van) personen ten behoeve van wie de Flexpolis No Risk kan worden gesloten.

Wij kunnen het sluiten van de Flexpolis No Risk I weigeren om een andere reden.

2. Hoe sluit u de Flexpolis No Risk I?

Uw werkgever of een andere (rechts)persoon waarmee wij de collectiviteit hebben gesloten, doet de aanvraag voor de Flexpolis No Risk I namens u. Dat kan als u die persoon daarvoor heeft gemachtigd.

3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk I?

Als de aanvraag voor de Flexpolis No Risk I tegelijkertijd met de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering voor dezelfde persoon wordt gedaan, gaat deze aanvullende verzekering in op de dag waarop de basisverzekering voor die persoon ingaat. In alle andere gevallen gaat de aanvullende verzekering in op 1 januari van het volgende jaar.

Als u (verzekeringnemer) een aanvraag tot het sluiten van een Flexpolis No Risk I doet, gaan wij ervan uit dat u (verzekeringnemer) ons daarmee een volmacht heeft gegeven voor het beëindigen van uw aanvullende ziektekostenverzekering bij de vorige zorgverzekeraar. Als u (verzekeringnemer) dit niet wilt, moet u (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk I?

Naast de gronden voor beëindiging die zijn opgenomen in het hoofdstuk Algemene bepalingen, eindigt de Flexpolis No Risk I met ingang van de dag na de dag waarop:

- a) de collectiviteit als bedoeld in artikel 1, Specifieke bepalingen Flexpolis No Risk I eindigt;
- b) het dienstverband van u (verzekerde/verzekeringnemer) bij de werkgever waarmee wij de collectiviteit hebben gesloten, eindigt;
- c) als u (verzekerde/verzekeringnemer) om andere dan de onder b genoemde reden niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname als omschreven in de collectiviteit als bedoeld in artikel 1, Specifieke bepalingen Flexpolis No Risk I.

Premie

5. Hoe is de premie opgebouwd?

U (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve tijdens de periode dat de dekking van de Flexpolis No Risk I is opgeschort wegens detentie van u.

Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk I

6. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg, als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of is voortgevloeid uit een atoomkernreactie. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden. Daarvoor geldt wel als voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Het bepaalde in de vorige drie zinnen is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet iemand anders voor de geleden schade aansprakelijk is.

7. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- als u op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht heeft op vergoeding van kosten van die zorg;
- als u op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als uw Flexpolis No Risk I niet zou hebben bestaan.

Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de Flexpolis No Risk I.

Dekking No Risk I

Verplicht eigen risico

Flexpolis No Risk I

100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van de kosten die ten laste zijn gekomen van uw verplicht eigen risico.

Flexpolis No Risk II

De Flexpolis No Risk II bevat een dekking voor specifieke zorg en diensten.

Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk II

De Flexpolis No Risk II is een aanvullende verzekering. Op de Flexpolis No Risk II zijn van toepassing:

- de afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in dit hoofdstuk Aanvullende verzekering Flexpolis No Risk II;
- de lijst met begrippen;
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

Flexpolis No Risk II sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunt u de aanvullende verzekering sluiten?

Voor het sluiten van een Flexpolis No Risk II gelden de volgende acceptatievoorwaarden:

- u (verzekeringnemer) kunt alleen een Flexpolis No Risk II sluiten als de persoon die u (verzekeringnemer) wilt verzekeren op het moment van ingaan van de Flexpolis No Risk II ook een basisverzekering heeft;
- u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Eno Zorgverzekeraar N.V. of Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.;
- u (verzekeringnemer) en de overige te verzekeren perso(o)n(en) behoren op de ingangsdatum van de Flexpolis No Risk II tot de in een met ons gesloten collectiviteit overeengekomen (groep van) personen ten behoeve van wie de Flexpolis No Risk kan worden gesloten.

Wij kunnen het sluiten van een Flexpolis No Risk II weigeren om een andere reden.

2. Hoe sluit u de Flexpolis No Risk II?

Uw werkgever doet de aanvraag voor de Flexpolis No Risk II namens u. Dat kan als u uw werkgever daarvoor heeft gemachtigd.

3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk II?

Als de aanvraag voor de Flexpolis No Risk II tegelijkertijd met de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering voor dezelfde persoon wordt gedaan, gaat deze aanvullende verzekering in op de dag waarop de basisverzekering voor die persoon ingaat. In alle andere gevallen gaat de aanvullende verzekering in op 1 januari van het volgende jaar.

Als u (verzekeringnemer) een aanvraag tot het sluiten van een Flexpolis No Risk II doet, gaan wij ervan uit dat u

(verzekeringnemer) ons daarmee een volmacht heeft gegeven voor het beëindigen van uw aanvullende ziektekostenverzekering bij de vorige zorgverzekeraar. Als u (verzekeringnemer) dit niet wilt, moet u (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk II?

Naast de gronden voor beëindiging die zijn opgenomen in het hoofdstuk Algemene bepalingen, eindigt de Flexpolis No Risk II met ingang van de dag na de dag waarop:

- a) de collectiviteit als bedoeld in artikel 1, Specifieke bepalingen Flexpolis No Risk II eindigt;
- b) het dienstverband van u (verzekerde/verzekeringnemer) bij de werkgever waarmee wij de collectiviteit hebben gesloten, eindigt;
- c) als u (verzekerde/verzekeringnemer) om andere dan de onder b genoemde reden niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname als omschreven in de collectiviteit als bedoeld in artikel 1, Specifieke bepalingen Flexpolis No Risk II.

Premie

5. Hoe is de premie opgebouwd?

U (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve tijdens de periode dat de dekking van de Flexpolis No Risk II is opgeschort wegens detentie van u.

Verzekeringsdekking algemeen

6. Wanneer heeft u recht op vergoeding?

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg als:

- u aan alle door ons gestelde voorwaarden heeft voldaan;
- u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

U heeft geen recht op een hogere vergoeding van de kosten van de zorg, dan de werkelijk betaalde kosten voor die zorg.

U mag de zorg alleen krijgen van een zorgaanbieder die door ons is aangewezen. Wie de zorg mag verlenen, is per zorgvorm aangegeven. U heeft alsnog recht op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen, als wij daar voorafgaand aan de zorgverlening toestemming voor hebben gegeven.

Voor sommige vormen van zorg hanteren wij een maximumtarief per zitting of behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De maximumtarieven gelden niet voor zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden via www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. Als ons contract met een zorgaanbieder eindigt in de periode dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt, blijft u voor het vervolg van de behandelingenreeks recht houden op vergoeding alsof de zorgaanbieder nog wel door ons gecontracteerd is.

Als u voor de zorg btw moet betalen, geldt de vergoeding ook voor die kosten.

Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk II

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- die is verleend in het buitenland, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder het verplicht eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder de wettelijke eigen bijdrage, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die zijn veroorzaakt door uw eigen grove schuld of opzet van u;
- die zijn ontstaan tijdens uw deelname aan een misdrijf;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van wedstrijdsport in het buitenland;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een ongeoefende niet zonder bezwaar, beoefenaar of begaanbaar zijn;
- wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- van opsporing, redding en berging.

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg, als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of is voortgevloeid uit een atoomkernreactie. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden. Daarvoor geldt wel als voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Het bepaalde in de vorige drie zinnen is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet iemand anders voor de geleden schade aansprakelijk is.

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- als u op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht heeft op vergoeding van kosten van die zorg;
- als u op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als de Flexpolis No Risk II niet zou hebben bestaan.

Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de Flexpolis No Risk II.

Dekking en vergoeding per zorgvorm

Medisch noodzakelijke repatriëring

Flexpolis No Risk II

100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vervoer van u en de organisatie van het vervoer:

- vanuit het land van tijdelijk verblijf naar Nederland of naar uw land van herkomst;
- vanuit Nederland naar uw land van herkomst.

Uw land van tijdelijk verblijf en uw land van herkomst moeten zijn gelegen in geografisch Europa. Vervoer van gezinsleden en andere reisgenoten valt hier niet onder. Verder moet sprake zijn van een medische noodzaak voor het vervoer.

Er is sprake van een medische noodzaak wanneer wij oordelen dat behandeling in uw land van herkomst medisch gezien noodzakelijk is, omdat deze ter plaatse niet goed mogelijk of medisch onverantwoord is of, omdat medische behandeling ter plaatse hogere dan in Nederland of uw land van herkomst te maken kosten met zich mee brengt. Sociale redenen zoals gezinshereniging of taalproblemen vallen hier niet onder.

U houdt recht op deze dekking gedurende 14 dagen na het eindigen van uw Flexpolis No Risk II.

Waar moet u op letten?

Wij organiseren de repatriëring. Daarom moet u of uw vertegenwoordiger contact opnemen met de HollandZorg calamiteitenlijn: +31 (0)570 687 110.

Vervoer stoffelijk overschot

Flexpolis No Risk II

100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vervoer van uw stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in Nederland of een land van tijdelijk verblijf naar uw land van herkomst en de organisatie van het vervoer. Onder het vervoer wordt verstaan: de kosten van het

transport zelf (het ticket) en de voor het transport noodzakelijke extra kosten (verplichte balseming, reiskist etc.). Uw land van tijdelijk verblijf en uw land van herkomst moeten zijn gelegen in geografisch Europa.

Er bestaat recht op deze dekking gedurende 14 dagen na het eindigen van uw Flexpolis No Risk II.

Waar moet u op letten?

Wij organiseren het vervoer. Daarom moet uw vertegenwoordiger contact opnemen met de HollandZorg calamiteitenlijn: +31 (0)570 687 110.

Geneesmiddelenzorg

Flexpolis No Risk II

100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van geneesmiddelenzorg vanuit de basisverzekering.

Spoedeisende tandheelkundige zorg in Nederland

Flexpolis No Risk II

maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van kosten van spoedeisende tandheelkundige behandelingen in Nederland.

Onder spoedeisende zorg wordt hier verstaan: onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Het gaat daarbij om zorg die gericht is op het opheffen van acute pijnklachten en de zorg voor voldoende kauwvermogen. Gebitssanering is geen spoedeisende zorg.

Voor elke gebruikelijke behandeling bestaat een prestatiebeschrijving. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt deze vast. Alleen behandelingen met een prestatiebeschrijving als bedoeld in de Verrichtingenlijst spoedeisende mondzorg HollandZorg komen voor vergoeding in aanmerking. De Verrichtingenlijst spoedeisende mondzorg HollandZorg is te vinden via www.hollandzorg.com. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet u op letten?

Een tandarts mag alle zorg verlenen.

Een tandprotheticus mag alleen tandtechnische verrichtingen verlenen en uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven of onderkaak aanmeten, maken, passen en plaatsen, al dan niet op tandheelkundige implantaten. Voor het door een tandprotheticus aanmeten, maken, passen en plaatsen van een uitneembare (volledige) prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak, te plaatsen op tandheelkundige implantaten, moet u een verwijzing hebben van een tandarts.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via 0570 687 123.

Wat betekenen alle begrippen?

In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

De met Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. gesloten of te sluiten overeenkomst van schadeverzekering. In deze schadeverzekering is een risico van behoefte aan zorg of overige diensten gedekt in aanvulling op de dekking van de basisverzekering. Een tandartsverzekering valt hier ook onder, tenzij dat uitdrukkelijk anders is vermeld.

Ambulance

Een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen.

Apotheekbereiding

Een geneesmiddel dat door of in opdracht van de apotheker of (huisarts die gezamenlijk praktijk uitoefent met een) apothekhoudend huisarts in diens apotheek op kleine schaal is bereid als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder d van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudende huisarts

Een huisarts aan wie op grond van artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers als bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Arts

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

Arts-assistent

Een AIOS, Arts In Opleiding tot Specialist of een ANIOS, Arts Niet In Opleiding tot Specialist, die als basisarts geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het register van artsen infectieziektebestrijding of het register artsen tuberculosebestrijding van de KNMG.

Arts verstandelijk gehandicapten

Een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische zorg levert en, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft

Basis ggz

Generalistische basis geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Basisverzekering

De HollandZorg Basisverzekering, die een zorgverzekering is.

Beademingscentrum

Een centrum dat mechanische beademing levert en, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft. Een beademingscentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsgeneeskundige is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG en optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapie

Zorg die bekkenfysiotherapeuten plegen te bieden.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

BRP

Basisregistratie personen.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

CAK

Het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling in teamverband of bijzondere deskundigheid is vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadviesing

Een centrum dat een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing en, voor zover wettelijk vereist, een vergunning heeft krachtens de Wet toetreding zorgaanbieders.

Collectiviteit

Een overeenkomst tussen ons en een werkgever of een rechtspersoon, die geen werkgever is en die de belangen van een groep personen behartigt. De werknemers of de personen van die groep profiteren van de in de overeenkomst opgenomen voordelen, als zij voldoen aan de in de overeenkomst opgenomen voorwaarden. Die werknemers of personen noemen wij deelnemers.

COPD

Chronic obstructive pulmonary disease, in het Nederlands: chronisch obstructief longlijden.

DBC(-zorgproduct)

DBC is de afkorting van diagnosebehandelingcombinatie. Een

DBC of DBC-zorgproduct is de beschrijving door middel van een DBC-prestatiecode of DBC-zorgproductcode van het afgesloten traject van (medisch) specialistische zorg, zoals omschreven in besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit. Het DBC-traject start op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en eindigt aan het eind van de behandeling of na het maximale aantal dagen dat een DBC(-zorgproduct) 'open' kan staan als de behandeling dan nog niet geëindigd is.

Diagnostiek

Het onderzoek naar de aard, de oorzaak en de ernst van een aandoening.

Dialysecentrum

Een centrum dat dialysezorg levert en, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft. Een dialysecentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Dieetpreparaten

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Echoscopisch centrum

Een centrum voor het verrichten van prenatale screening, dat beschikt over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

EER-land

Een land dat, naast de EU-landen, partij is bij de Overeenkomst over de Europese, Economische Ruimte: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU-land

Een land dat lid is van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Mayotte, Reunion, Saint Martin), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië en Zweden.

Fraude

Het plegen of proberen te plegen of het laten plegen van valsheid in geschrifte, oplichting, bedrog, verduistering of opzettelijke benadeling van ons en dat is gericht op het verkrijgen van (een vergoeding van kosten van) zorg waarop geen recht bestaat of het sluiten, continueren of beëindigen van een verzekeringsovereenkomst of krijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als fysiotherapeut geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een centrum voor verloskundige zorg en, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode na de bevalling.

Geboortezorgorganisatie

Een zorgaanbieder waarin verschillende disciplines binnen de geboortezorgketen gelijkwaardig zijn vertegenwoordigd en die integrale geboortezorg levert.

Gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. In die overeenkomst staan afspraken, bijvoorbeeld over rechtstreekse declaratie van de verleende zorg en de kwaliteit van de zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.com. U kunt ook bellen met onze klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Gehele verzekerde periode

De periode dat u aaneengesloten krachtens een aanvullende verzekering bent verzekerd.

Geneesmiddelentekort

Een door ons aangewezen geregistreerd geneesmiddel kan tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd worden door de houder of houders van de (parallel)handelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet of krachtens de Europese verordening 726/2004.

Geregistreerd geneesmiddel

Een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of een parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening 726/2004/EG, Pb EG L136.

Geriatricfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als geriatricfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatric-oefentherapeut

Een oefentherapeut die als geriatric-oefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Geriatricse fysiotherapie

Zorg die geriatricfysiotherapeuten plegen te bieden.

Geriatricse oefentherapie

Zorg die geriatric-oefentherapeuten plegen te bieden.

Gespecialiseerde ggz

Gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

G-standaard van Z-index

Een elektronische databank waarin alle geneesmiddelen, hulpmiddelen en gezondheidsproducten zijn opgenomen, die verkrijgbaar zijn via de apotheek en instellingen. Het bestand wordt bijgehouden door het bedrijf Z-index.

HollandZorg

Eno Zorgverzekeraar N.V. In geval van verwijzingen naar aanvullende verzekeringen is met 'HollandZorg' bedoeld: Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG. De huisarts kan zelfstandig gevestigd zijn of werken in een huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost), een huisartsenpraktijk of een zorggroep.

Huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost)

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

Huisartsencentrum

Een instelling voor het verlenen van huisartsenzorg.

Instelling

- een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
- een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande socialezekerheidsstelsel of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Instelling voor jeugdtandverzorging

Een instelling voor het verlenen van mondzorgen die zich kenmerkt door mondzorgverleners met specifieke deskundigheden en vaardigheden alsmede faciliteiten ten behoeve van consultatie, diagnostiek en die behandeling verleent aan verzekerden tot 18 jaar en die, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft.

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg

Een instelling voor het verlenen van zintuiglijk gehandicaptenzorg, die lid is van de Nederlandse Federatie van Audiologische centra (FENAC) of van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

Intensieve kindzorg

Verzorging omdat een verzekerde die jonger is dan 18 jaar een ingewikkeld lichamelijk medisch probleem (complexe somatische problematiek) of een lichamelijke handicap heeft, waarbij:

- behoefte is aan permanent toezicht; of
- er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid van de verzekerde beschikbaar moet zijn en tegelijk met die zorg verpleegkundige handelingen worden verricht.

Ivf-poging (in-vitrofertilisatiepoging)

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, die inhoudt:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meer keren implanteren van een of twee, eventueel ingevroren bewaarde, embryo's in de baarmoederholte met als doel zwangerschap te laten ontstaan.

Jeugdarts

Een arts die:

- als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van de KNMG; of
- als jeugdarts is ingeschreven in het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van de KNMG;
- en die jeugdgezondheidszorg verleent als bedoeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Kaakchirurg

Een specialist Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie die door de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen (RTS) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) is ingeschreven in het specialistenregister Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie.

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Kerninstallatie

Een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen.

Ketenzorg

Gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard als bedoeld in de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Doel is dat zorgaanbieders nauw samenwerken en de zorg voor u goed afstemmen.

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderfysiotherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderfysiotherapeuten plegen te bieden.

Kinderoefentherapeut

Een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kinderoefentherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderoefentherapeuten plegen te bieden.

Kinderverpleegkundige

Een verpleegkundige met een diploma MBO- of HBO-Verpleegkunde en met een afgeronde, landelijk erkende vervolgopleiding voor het verplegen van kinderen.

Klinisch fysicus audioloog

Een klinisch fysicus met een afgeronde, landelijk erkende opleiding als klinisch fysicus audioloog.

Klinisch Technoloog

Een klinisch technoloog (technisch geneeskundige) die als klinisch technoloog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Klinisch geriater

Een arts die als klinisch geriater is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Klinisch neuropsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch neuropsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

KNGF

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kraamverzorgende

Een geschoolde hulp die na een bevalling kraamzorg levert voor de kraamvrouw en haar gezin. Een kraamverzorgende zorgt voor

het welzijn van moeder en kind en rapporteert als dit nodig is aan de verloskundige of arts.

Leverancier van hulpmiddelen

Een organisatie die (medische) hulpmiddelen levert en is opgenomen in het Algemeen Gegevens Beheer Zorgaanbieders register (AGB-zorgaanbiedersregister). In dit register worden gegevens van zorgaanbieders in Nederland vastgelegd. Deze gegevens zijn voorzien van een unieke codering, de AGB-code. Hiermee wordt een uniforme registratie van gegevens van zorgaanbieders geboden aan de zorgverzekeraars.

Littekenbehandeling

Fysiotherapie gericht op het voorkomen of verminderen van pijnklachten en bewegingsklachten door littekens.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Manuele therapie

Manuele therapie omvat zorg die manueel therapeuten plegen te bieden.

Mantelzorg

Onbetaalde zorg aan een hulpbehoevende oudere, chronisch zieke of gehandicapte naaste. De zorg wordt meer dan 8 uur per week en minimaal drie maanden achter elkaar verleend.

Mantelzorger

Een mantelzorger is een persoon die, niet beroepsmatig, mantelzorg verleent.

Marktconform Nederlands tarief

De kosten van de zorg minus de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Medisch adviseur

Een medewerker van ons die geregistreerd staat in de registers en conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Medisch specialist

Een arts die als specialist met een wettelijke erkende specialistentitel in een specialistenregister als bedoeld in artikel 14, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, is ingeschreven.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt.

NIPT

Niet-invasieve prenatale test.

Nota

Een schriftelijk bewijs van door een zorgaanbieder gemaakte kosten voor zorg met minimaal de volgende informatie: naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg en de naam en de geboortedatum van de verzekerde. Een nota moet daarnaast voldoen aan de wettelijke voorschriften voor het declareren van de zorg. Onder een nota verstaan wij niet een offerte, voorschotnota, herinnering of aanmaning.

NVLF

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oedeemtherapie en lymfedrainage

Zorg zoals oedeemtherapeuten die plegen te bieden.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut Cesar of een oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Oefentherapie

Zorg die oefentherapeuten plegen te bieden.

Oogkliniek

Een zelfstandig behandelcentrum dat is gespecialiseerd in de behandeling van ogen.

Openbaar vervoer

Voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een dienstregeling met een auto, bus, trein, metro, tram of een via een geleidesysteem voortbewogen voertuig als bedoeld in de Wet personenvervoer 2000 en voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een vaste bootdienst.

Optometrist

Een optometrist die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Orthodontie

Zorg van orthodontische aard zoals tandartsen die plegen te bieden.

Orthodontist

Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het register voor

dentomaxillaire orthopedie, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Orthoptist

Een orthoptist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Overige zorgproduct (ozp)

Een prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct.

Pedicure

Een pedicure die:

- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of medisch pedicure (MP); of
- in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMOV) dat wordt beheerd door Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ) in samenwerking met de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV); of
- als paramedisch chiropodist staat geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV).

Een pedicure die een pedicurebehandeling verleent als bedoeld in de aanvullende verzekering mag ook zijn opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie voetverzorging bij reumapatiënten (RV).

Physician assistant

Een physician assistant die voldoet aan de eisen van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistants en als physician assistant is ingeschreven in het kwaliteitsregister geregistreerde physician assistants van de Nederlandse associatie physician assistants (NAPA).

Psychiater

Een arts die is ingeschreven in het register voor psychiaters, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Psychiatrisch ziekenhuis

Een instelling die is gespecialiseerd in het verlenen van GGZ.

Psychosomatische fysiotherapie

Zorg die psychosomatische fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Psychosomatische oefentherapie

Zorg die psychosomatische oefentherapeuten plegen te bieden.

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychotherapeut

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

Rationele farmacotherapie

Behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm. Daarbij moet de werkzaamheid en effectiviteit van het geneesmiddel blijken uit wetenschappelijke literatuur. Ook moet de behandeling met dat geneesmiddel het meest economisch zijn.

Recept

Voorschrift voor geneesmiddelen.

Regiebehandelaar/hoofdbehandelaar

De aanbieder die, in reactie op uw zorgvraag, bij u de diagnose stelt en die verantwoordelijk is voor de behandeling. De regiebehandelaar kan de zorg zelf verlenen. Als de zorg ook door anderen wordt verleend, blijft de regiebehandelaar eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Bij geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is de regiebehandelaar de functionaris die verantwoordelijk is voor het opstellen van het zorg- en behandelplan en voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan

Revalidatiearts

Een arts die als revalidatiearts is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Revalidatiecentrum

Een centrum dat revalidatiezorg levert en, voor zover wettelijk vereist, hiervoor een vergunning heeft. In het centrum werkt een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Schriftelijk

Overdracht van informatie via papier of via e-mail of via een webformulier op internet.

SEH-arts

Een arts die als SEH-arts is ingeschreven in het profielregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

SKGZ

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Gespecialiseerde ggz

Gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die als specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Sportarts

Een arts die als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van de Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

Straatdokter

Een arts die is als straatarts aangesloten bij de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG).

SVB

Sociale Verzekeringsbank.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Een verblijf in het buitenland van maximaal zes aaneengesloten maanden.

Transplantatiecentrum

Een instelling die beschikt over een vergunning op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen voor het verlenen van transplantatiezorg.

Triage-audicien

Een triage-audicien die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Triage audiciens van het Centrum voor Certificatie.

Trombosedienst

Een centrum dat trombosezorg levert en, voor zover vereist, als trombosedienst bij of krachtens de wet is toegelaten.

U

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u' staat, is de verzekerde bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u (verzekeringnemer)' staat, is de verzekeringnemer bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'u (verzekerde/verzekeringnemer)' staat, zijn zowel de verzekerde als de verzekeringnemer bedoeld.

UR-geneesmiddel

Een geneesmiddel dat alleen op recept ter hand mag worden gesteld als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder s, van de Geneesmiddelenwet.

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Een land, dat geen EU-, of EER-land is en waarmee Nederland afspraken heeft gemaakt over het verlenen van medische zorg en het vergoeden van de kosten daarvan: Australië (alleen voor verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Noord-Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije, Verenigd Koninkrijk (Engeland, Noord-Ierland, Schotland, Wales) en Zwitserland.

Verloskundige

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

Verpleegdag

Een verpleegdag als omschreven in de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregel voor de prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Verpleeghuis

Een instelling voor behandeling en verblijf in het kader van de Wlz in verband met somatische of psychogeriatrische aandoeningen.

Verpleegkundige

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

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist ggz

Een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist met specialisme ggz geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Verplicht eigen risico

Het bedrag aan kosten van zorg dat voor rekening van u blijft.

Verslavingsarts

Een arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het profielregister van de Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Verwijzing

Het schriftelijke advies met toelichting aan u van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, over de zorgaanbieder die u verdere zorg kan verlenen en die u om medische redenen nodig heeft. De zorgaanbieder die de verwijzing geeft, is de verwijzer. Een verwijzer mag niet naar zichzelf verwijzen.

Verzekering

Een basisverzekering, aanvullende verzekering, tandartsverzekering.

Verzekeringnemer

De persoon die met ons een verzekering heeft gesloten. Als deze persoon de verzekering voor zichzelf sluit, is deze ook verzekerde.

Verzekerde

De persoon van wie het risico voor behoefte aan zorg door een verzekering wordt gedekt en die als verzekerde is vermeld in de polis.

Verzekeringsvoorwaarden

De rechten en plichten die voor u (verzekerde/verzekeringnemer) en ons gelden en die de verzekering vormen.

Voorschrift

De schriftelijke aanwijzing met toelichting van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, voor aan u te verlenen zorg die u om medische redenen nodig heeft. Bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddel of hulpmiddel. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, is de voorschrijver.

Een voorschrift voor geneesmiddelen omvat de hoeveelheid, respectievelijk het aantal van elke afzonderlijke toedieningsvorm van één al dan niet samengesteld UR-geneesmiddel. Het voorschrift bepaalt de voorschriftduur, de periode waarvoor het geneesmiddel wordt voorgeschreven door de combinatie van aangegeven hoeveelheid en wijze van gebruik (waaronder frequentie en hoeveelheid van inname). Het voorschrift bepaalt dus de maximale aflevertermijn van het geneesmiddel. De term 'iter' of een soortgelijke aanduiding op het voorschrift geeft een herhaling aan. Het voorschrift geeft in dat geval ook aan hoe vaak het voorschrift herhaald wordt.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wettelijke eigen bijdrage

Het deel van de kosten van de zorg die onder de dekking van de basisverzekering vallen, dat voor uw rekening blijft. De minister heeft bepaald welke kosten dat zijn. De wettelijke eigen bijdrage bestaat naast het verplicht eigen risico.

Wij

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, is 'Eno Zorgverzekeraar N.V.' bedoeld. In geval van een verwijzing naar aanvullende verzekeringen is 'Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.' bedoeld.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige met een diploma HBO-Verpleegkunde.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zelfzorggeneesmiddelen

- geneesmiddelen die zonder recept mogen worden geleverd (de AV-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet); en
- geneesmiddelen die zonder recept, maar wel alleen in een apotheek of ergens anders onder toezicht van een apotheker mogen worden geleverd en die niet zonder recept alleen in een apotheek mogen worden geleverd (de UAD-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet).

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken.

Zorg

De zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet als het gaat om de basisverzekering. De zorg en diensten in de artikelen met de dekking en vergoeding in het hoofdstuk met specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekeringen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. De zorg en overige diensten in het artikel dekking en vergoeding in het hoofdstuk over de tandartsverzekeringen als het gaat om de tandartsverzekeringen.

Zorgaanbieder

Een (natuurlijke) persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent.

Zorggroep

Een zorgaanbieder die als hoofdcontractant ketenzorg verleent. De zorgaanbieder kan de zorg zelf verlenen, maar kan ook gebruik maken van andere zorgaanbieders die in opdracht van de hoofdcontractant in samenhang en samenwerking ketenzorg leveren. De declaratie van de zorg gebeurt in beginsel via de hoofdcontractant.

Zorginstituut

Zorginstituut Nederland.

Zorgplan

Een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de verpleging en verzorging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger. De eis van ondertekening geldt ook bij aanpassingen in het zorgplan.

Zorgprogramma 11

Zorgprogramma 11 als bedoeld in het rapport Zorgprogramma's Visueel, auditief en communicatief van november 2016 van Bureau HHM. Zorgprogramma 11 is er voor als u één of een paar eenvoudige vragen heeft over het leren van vaardigheden om weer zo zelfstandig mogelijk verder kunnen leven. Het gaat om vragen op het gebied van communicatie, huishouden, het gebruik van hulpmiddelen, zelfverzorging en mobiliteit die eenvoudige beantwoord kunnen worden.

Zorgverzekering

Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.



Munsterstraat 7
7418 EV Deventer
Telefoon: +31 (0)570 687 123
Fax: +31 (0)570 687 300
www.hollandzorg.com