

**POLISVOORWAARDEN
FLEXPOLIS NO RISK I EN II**

2024



HollandZorg

Inhoudsopgave

Contact en service	7
Zorgzoeker	7
Online declareren	7
Eigen risico.....	8
Toesturen documenten.....	9
Algemene bepalingen.....	10
1. Algemeen.....	10
2. Rekeningen en betalingen	10
2.1 In welk jaar vallen de zorgkosten?	10
2.2. Hoe dien ik een rekening in?	10
2.3 Hoe lang mag ik een rekening indienen?	11
2.4 Mag ik een vordering overdragen?	11
2.5. Wanneer betalen wij?	12
2.6. Hoe verwerken wij uw betalingen?.....	12
3. Verzekeringen sluiten en stopzetten.....	13
3.1. Hoe sluit ik een verzekering af?.....	13
3.2. Voor hoe lang sluit ik de verzekering af?	13
3.3. Hoe werkt het als ik me bedenken?	13
3.4. Wanneer eindigt de verzekering?	14
3.5. Hoe kan ik de verzekering beëindigen?.....	14
3.6. Hoe werkt het als ik via het CAK verzekerd ben?	15
3.7. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?	16
3.8. Wat gebeurt er met mijn verzekering als ik in detentie zit?	16
4. Premie	16
4.1. Hoe is de premie opgebouwd?.....	16
4.2. Wanneer moet ik de premie betalen?	17
5. Belangrijke regels	17
5.1. Voor wie zijn de verzekeringen?	17
5.2. Aan welke informatieplichten moet ik voldoen?	17
5.3. Hoe doen wij mededelingen?.....	18
5.4. Wat moet ik doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?	18
5.5. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?	19
5.6. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?	19
5.7. Hoe gaan wij om met fraude?	20
5.8. Hoe word ik lid van de coöperatie?.....	20

5.9. Welke beperkingen zijn er in geval van bijzondere omstandigheden?.....	20
5.10. Mogen wij de polisvoorwaarden wijzigen?	21
5.11. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?	21
5.12. Verwijzing of voorschrift	22
5.13. Hoe kan ik een klacht indienen?.....	22
Basisverzekering	24
Specifieke bepalingen voor de basisverzekering.....	24
Grondslagen en redenen voor weigering.....	24
1. Wat is de grondslag van de basisverzekering?	24
2. Wanneer kunnen wij u weigeren?	24
Premie	25
3. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?	25
4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?.....	25
Eigen risico.....	27
5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?	27
6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?	28
7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?	29
Verzekeringsdekking algemeen.....	30
8. Welke prestaties zijn verzekerd?.....	30
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?	31
Dekking en vergoeding in Nederland	31
10. Wat is de dekking in Nederland?.....	31
11. Wat is de hoogte van de vergoeding van zorg in Nederland?.....	31
Dekking en vergoeding in het buitenland	32
12. Wat is de dekking in het buitenland?.....	32
13. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?	33
Omzetplafonds en volumeafspraken	34
14. Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken?	34
Dekking per zorgvorm	35
Geboortezorg	35
Kraamzorg.....	35
Prenatale screening.....	36
Verloskundige zorg zonder medische indicatie.....	37
Verloskundige zorg met medische indicatie	38
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	38
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.....	38

Geneesmiddelenzorg.....	41
Geneesmiddelenzorg.....	41
Huisartsenzorg.....	46
Huisartsenzorg.....	46
Ketenzorg.....	46
Hulpmiddelen	47
Hulpmiddelenzorg	47
Mondzorg en orthodontie in bijzondere gevallen	48
Mondzorg	48
Orthodontie in bijzondere gevallen	51
Overige zorg	51
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.....	51
Overige geneeskundige (huisartsen)zorg.....	52
Preventieve voetzorg.....	53
Paramedische zorg	54
Fysiotherapie en oefentherapie	54
Ergotherapie.....	57
Diëtetiek	58
Logopedie	59
Preventie	60
Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen.....	60
Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas	61
Valpreventie voor volwassenen	62
Stoppen met roken.....	62
Revalidatiezorg.....	63
Geriatrische revalidatiezorg	63
Medisch specialistische revalidatiezorg	64
Second Opinion	65
Second opinion	65
Verpleging en verzorging.....	65
Eerstelijnsverblijf.....	65
Wijkverpleging (verpleging en verzorging zonder verblijf)	66
Ziekenvervoer.....	67
Ambulancevervoer	67
Ziekenvervoer.....	68
Ziekenhuiszorg.....	71

Medisch-specialistische zorg (algemeen).....	71
Audiologische zorg	73
Dialyse zonder opname.....	73
Erfelijkheidsadvisering.....	74
Ivf en icsi.....	75
Mechanische beademing	76
Transplantatiezorg.....	77
Trombosezorg.....	78
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	79
Aanvullende verzekering Flexpolis No Risk I	81
Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk I.....	81
Flexpolis No Risk I sluiten en stopzetten	81
1. Wanneer kan ik de Flexpolis No Risk I sluiten?	81
2. Hoe sluit ik de Flexpolis No Risk I?	81
3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk I?	81
4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk I?	82
Premie	82
5. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?	82
Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk I	82
6. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?.....	82
7. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?.....	82
Dekking No Risk I	83
Verplicht eigen risico	83
Flexpolis No Risk II	84
Specifieke bepalingen voor de Flexpolis No Risk II.....	84
Flexpolis No Risk II sluiten en stopzetten	84
1. Wanneer kan ik de aanvullende verzekering sluiten?.....	84
2. Hoe sluit ik de Flexpolis No Risk II?	84
3. Wanneer begint de Flexpolis No Risk II?	85
4. Wanneer eindigt de Flexpolis No Risk II?	85
Premie	85
5. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?	85
Verzekeringsdekking algemeen.....	85
6. Wanneer heb ik recht op vergoeding?	85
Specifieke beperkingen voor de Flexpolis No Risk II	86
7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?	86

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?.....	87
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?	87
Dekking en vergoeding per zorgvorm	87
Medisch noodzakelijke repatriëring.....	87
Vervoer stoffelijk overschot	88
Geneesmiddelenzorg.....	88
Spoedeisende mondzorg in Nederland	88
Begrippenlijst.....	90
Wat betekenen alle begrippen?	90

Contact en service

Alle informatie over uw zorgverzekering staat in deze polisvoorwaarden. Het kan zijn dat u toch nog een vraag heeft. Veel antwoorden op vragen vindt u online, via www.hollandzorg.com/nl. Komt u er zelf niet uit? Neem dan gerust contact met ons op via de volgende kanalen:

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

Klantenservice: +31 (0)570 687 123 (maandag t/m vrijdag 8.00 tot 18.00 uur)

Zorgadvies: +31 (0)570 687 123 (voor wachttijdbemiddeling en zorgadvies)

Alarmcentrale: +31 570 687 112 (standaard tarief/ voor spoedeisende hulp in het buitenland). De alarmcentrale is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar. U kunt de alarmcentrale ook een e-mail sturen via alarmcentrale@hollandzorg.nl.

Postadres: HollandZorg, Postbus 166, 7400 AD Deventer

Zorgzoeker

Met onze Zorgzoeker vindt u snel een zorgaanbieder bij u in buurt. Bovendien ziet u direct óf en voor welke behandelingen wij met deze zorgaanbieder afspraken hebben gemaakt. Kijk op: www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Met veel zorgaanbieders heeft HollandZorg een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij ons indienen. Daar hoeft u niets voor te doen. Wel kunt u altijd alle rekeningen inzien in Mijn HollandZorg op <https://mijn.hollandzorg.com/>.

Online declareren

Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de rekening online declareren via Mijn HollandZorg (<https://mijn.hollandzorg.com/>). Hiervoor logt u in met uw DigiD. U vult het online declaratieformulier in en maakt een duidelijke foto van de originele rekening(en). De foto('s) kunt u uploaden en samen met het online declaratieformulier verzenden. U ontvangt een e-mail wanneer uw declaratie ontvangen is. U kunt uw declaraties bekijken via Mijn HollandZorg.

Met de HollandZorg Declaratie-app declareert u nu nog eenvoudiger uw zorgkosten. Vul uw gegevens in, maak een foto en verstuur deze met één druk op de knop. De app is er voor Android en iOS. U kunt de declaratie-app downloaden in de App Store (iOS) en in de Play Store (Android). Wij betalen in de meeste gevallen de declaratie binnen 5 werkdagen aan u uit.

Eigen risico

Bij elke basisverzekering heeft u te maken met het eigen risico. Dit is het bedrag aan zorg dat u zelf betaalt. Elke verzekerde van 18 jaar of ouder krijgt ermee te maken.

Verplicht eigen risico

De overheid bepaalt elk jaar de hoogte van het verplicht eigen risico. Voor het jaar 2024 is het bedrag € 385,-. Dat betekent dus dat u voor het jaar 2024 nooit meer dan dit bedrag aan verplicht eigen risico betaalt.

Vrijwillig eigen risico

Naast het verplicht eigen risico, bestaat er ook een vrijwillig eigen risico. Als u hiervoor kiest bij het afsluiten van de verzekering, krijgt u korting op de zorgpremie. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Maar dit betekent ook dat u een hoger bedrag zelf moet betalen, als u zorg gebruikt die onder het eigen risico valt. Het maximale bedrag aan vrijwillig eigen risico dat u kunt kiezen, is € 500,-. Het vrijwillig eigen risico komt boven op het verplicht eigen risico. Als u kiest voor het maximale vrijwillig eigen risico, dan betaalt u voor het jaar 2024 maximaal € 885,- aan eigen risico (verplicht + vrijwillig).

Uitzonderingen eigen risico

U betaalt niet voor alle zorg uit de basisverzekering eigen risico.

De uitzonderingen vindt u op onze website en in artikel 5 en 6 van de Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. Ook mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen of wij zorg willen uitsluiten van het eigen risico. Deze uitsluitingen staan in de regeling 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico' op onze website.

Eigen risico betalen

1. Wij ontvangen een rekening van uw zorgaanbieder. Wij bekijken of het eigen risico van toepassing is. Als dat zo is, sturen wij u een rekening voor het verschuldigde bedrag.
2. U ontvangt zelf een rekening van uw zorgaanbieder. U kunt deze bij ons declareren. Wij houden het eigen risico in op de uitbetaling, de vergoeding storten wij op het bankrekeningnummer (IBAN) van de verzekeringnemer.
3. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor de zorg of medische kosten (zie begrippenlijst). De eigen bijdrage gaat eerst van het totaalbedrag af. Het overblijvende bedrag telt mee voor het verplicht eigen risico en vervolgens voor het vrijwillig eigen risico. Hoe dit precies werkt, kunt u zien in de rekenvoorbeelden.

Voorbeeld 1: verplicht eigen risico

In 2024 maakt u gebruik van ziekenhuiszorg voor een bedrag van € 400,-. Het verplicht eigen risico is € 385,-. Dit bedrag betaalt u zelf. Wij vergoeden het bedrag dat daarna overblijft. De vergoeding is € 15,- (€ 400 - € 385). U heeft nu het hele bedrag van het verplicht eigen risico voor 2023 betaald. Over nieuwe zorgkosten voor het jaar 2024 houden wij geen verplicht eigen risico meer in.

Voorbeeld 2: verplicht eigen risico

U maakt in 2024 gebruik van geneesmiddelen via de apotheek voor een bedrag van € 85,-. Het volledige bedrag van € 85,- valt onder het verplicht eigen risico. Deze kosten betaalt u zelf. U krijgt

geen vergoeding vanuit de basisverzekering. U heeft voor het jaar 2024 nog een verplicht eigen risico over van € 300,- (€ 385 - € 85).

Voorbeeld 3: wettelijke eigen bijdrage en verplicht eigen risico

In 2024 maakt u gebruik van ziekenvervoer voor een bedrag van € 200,-. De wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer is € 113,- per kalenderjaar. Deze kosten betaalt u zelf. Het bedrag dat daarna overblijft is € 87,- (€ 200 - € 113). Dit bedrag valt binnen het verplichte eigen risico van € 385,-. Deze kosten betaalt u ook zelf. U heeft voor het jaar 2024 nog een verplicht eigen risico over van € 298,- (€ 385 - € 87).

Toesturen documenten

In onze polisvoorwaarden verwijzen wij naar reglementen en lijsten, die op onze website (www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden) te vinden zijn. Zoals de Lijst alternatieve zorgaanbieders of het Reglement Farmacie. Alle documenten die online te vinden zijn, kunnen we op verzoek ook toesturen.

Algemene bepalingen

In de algemene bepalingen vindt u regels die gelden voor uw verzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de manier waarop u een klacht kunt indienen.

1. Algemeen

- Deze algemene bepalingen zijn van toepassing op uw basisverzekering en ook op uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw polis.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de basisverzekering, de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met ons heeft gesloten. De verzekerde is de persoon van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met u bedoelen we in deze voorwaarden de verzekerde, tenzij het anders is vermeld.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw polis en deze polisvoorwaarden en alle reglementen en overige bijlagen daarbij.

2. Rekeningen en betalingen

2.1 In welk jaar vallen de zorgkosten?

Kosten van de zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Heeft u de zorg in 2 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 datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is afgegeven of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De rekeningdatum of de datum waarop betaald is, is hiervoor niet van belang.

Voorbeeld: u wordt geopereerd in november van jaar A, maar krijgt hiervan in januari van jaar B de rekening. Dan gelden het eigen risico en de vergoeding van jaar A en niet van jaar B.

De kosten van een DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie) vallen in het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. Voor een DBC-zorgproduct dat is geopend in jaar A en gesloten in jaar B, krijgt u dus de vergoeding die hoort bij Jaar A. Ook het eigen risico geldt dan voor Jaar A.

2.2. Hoe dien ik een rekening in?

Vaak betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een rekening ontvangt. Bijvoorbeeld als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Rekening online indienen:

- Dat kan op Mijn HollandZorg of met de declaratie-app.
- Wij kunnen u vragen de originele rekening alsnog in te sturen. Als wij de originele rekening niet ontvangen, vervalt het recht op vergoeding van die rekening. De ten onrechte betaalde vergoedingen, kunnen wij dan terugvorderen.
- De originele rekening moet u 2 jaren na het indienen bewaren.

Rekening per post indienen:

- Het moet het origineel van de rekening zijn.
- Wij sturen een rekening niet aan u terug. Op verzoek kunnen wij wel een gewaarmerkte kopie van de documenten geven.

Een rekening moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- In elk geval de naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de rekening, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg en de naam en de geboortedatum van de verzekerde moeten erop staan.
- De rekening is in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Pools, Spaans of Turks opgesteld. Is de rekening in een andere taal? Dan moet u een vertaling meesturen van een beëdigd vertaler. De kosten van de vertaler vergoeden wij niet. Doet u dat niet, dan kunnen wij weigeren om de rekening in behandeling te nemen.
- Met een rekening voor zorgkosten in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier buitenland mee (te downloaden via www.hollandzorg.com/nl/formulieren)
- Met een rekening voor Zvw-pgb stuurt u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier Zvw-pgb mee (te downloaden via www.hollandzorg.com/nl/formulieren).
- De rekening is goed leesbaar.
- De rekening voldoet aan de wettelijke voorschriften voor de zorgaanbieder voor het declareren van die zorg.

2.3 Hoe lang mag ik een rekening indienen?

U moet de rekening 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 rekening is uitgeschreven. Als de zorg is omschreven als DBC of DBC-zorgproduct moet u de rekening indienen binnen 12 maanden vanaf het moment dat de DBC of het DBC-zorgproduct is gesloten.

Als u een rekening indient na 12 maanden, kunnen wij besluiten de rekening gedeeltelijk of helemaal niet te vergoeden. De extra kosten voor de administratieve afhandeling komen dan voor uw rekening. Een rekening die u indient na afloop van 3 jaren na de behandeldatum, leveringsdatum of datum van sluiting van de DBC of het DBC-zorgproduct, vergoeden wij nooit.

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

2.4 Mag ik een vordering overdragen?

U kunt een (toekomstige) vordering die u op ons heeft, niet overdragen aan een derde (een andere natuurlijke persoon of rechtspersoon). Het overdragen van een vordering heet cessie. Dit verbod op cessie 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 te betalen. Wij hebben ook bevrijdend betaald (de rekening is voldaan) als wij in dat geval de vordering aan u voldoen.

2.5. Wanneer betalen wij?

Een ingediende rekening betalen wij binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dan moet wel zijn voldaan aan alle voorwaarden voor (gedeeltelijke) vergoeding. De verwerking duurt langer als de rekening niet volledig is of als meer tijd nodig is om na te gaan of de zorg voldoet aan de polisvoorwaarden. U kunt uw declaraties bekijken via Mijn HollandZorg.

Wij mogen de kosten van de zorg ook direct betalen 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 betalen.

Wij betalen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen door betaling op het ons bekende bankrekeningnummer (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. Als een eigen risico geldt, brengen wij ook het eigen risico in mindering op de vergoeding. Tot slot brengen wij overige bedragen die voor uw eigen rekening blijven in mindering op de vergoeding.

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.

2.6. Hoe verwerken wij uw betalingen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) kunt onze rekeningen betalen via:

- Automatische incasso
- iDEAL vanuit Mijn HollandZorg
- Internetbankieren
- Overschrijvingsformulier van uw bank.

Betaalt u (verzekerde/verzekeringnemer) een rekening via internetbankieren of een overschrijvingsformulier van uw bank? Dan moet u (verzekerde/verzekeringnemer) altijd het betalingskenmerk dat op de rekening staat, vermelden. Wij verwerken de betaling dan op de betreffende openstaande rekening.

Heeft u (verzekerde/verzekeringnemer) geen betalingskenmerk vermeld, of is het betalingskenmerk niet (meer) bekend bij ons als openstaande vordering? Dan verwerken wij uw betaling naar eigen inzicht op eventuele andere openstaande vorderingen. Als er geen openstaande vorderingen zijn, betalen wij het bedrag aan u (verzekerde/verzekeringnemer) terug.

3. Verzekeringen sluiten en stopzetten

3.1. Hoe sluit ik een verzekering af?

U (verzekeringnemer) kunt zich online aanmelden voor een verzekering via <https://aanvraag.hollandzorg.com/situatie>. U kunt ook een aanvraag indienen via een tussenpersoon waarmee wij afspraken hebben gemaakt over bemiddeling in onze verzekeringen.

De basisverzekering gaat in op de dag waarop wij de aanvraag hebben ontvangen. Wij sturen de 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 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 4 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.

U (verzekerde/verzekeringsnemer) krijgt zo snel mogelijk na het sluiten van de verzekering en vervolgens voor het begin van ieder kalenderjaar een polis. Als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat de polis niet juist is, moet u ons dat binnen een maand na ontvangst van de polis melden. Krijgen wij binnen een maand geen bericht? Dan gaan wij ervan uit dat de gegevens kloppen.

3.2. Voor hoe lang sluit ik de verzekering af?

De verzekering wordt afgesloten voor 1 kalenderjaar. Als de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar, wordt deze afgesloten voor de duur van dat kalenderjaar.

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

Als de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

3.3. Hoe werkt het als ik me bedenken?

U (verzekeringnemer) kan zich na het sluiten van de verzekering bedenken. Opzeggen kan binnen 14 dagen na ontvangst van de 1e polis. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Wij storten de eventueel betaalde premie terug. En u (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht om de eventueel door ons betaalde zorgkosten terug te betalen.

Opzeggen kan u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:

- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/nl
- via Mijn HollandZorg (<https://mijn.hollandzorg.com>)
- schriftelijk naar: HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

LET OP: een mondelinge opzegging of opzegging via social media geldt niet.

3.4. Wanneer eindigt de verzekering?

De verzekering eindigt vanzelf op de dag na de dag waarop:

- onze vergunning voor het mogen aanbieden van zorgverzekeringen is geëindigd. In dat geval melden wij u (verzekeringnemer) uiterlijk 2 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 snel aan ons door te geven.
- 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 en, als die er is, de aanvullende verzekering 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.

De basisverzekering eindigt daarnaast op de dag na de dag waarop u als gevolg van wijziging van ons werkgebied buiten ons werkgebied komt te wonen.

3.5. Hoe kan ik de verzekering beëindigen?

- U (verzekeringnemer) kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- U (verzekeringnemer) kan 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 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen binnen 6 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 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- U (verzekeringnemer) kan de verzekering opzeggen als wij de polisvoorwaarden 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 1 maand nadat wij de wijziging hebben gemeld. De verzekering eindigt dan op de dag dat de wijziging ingaat.

- U (verzekeringnemer) kan 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 meestal de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. In andere gevallen eindigt de verzekering op de 1e dag van de 2e 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 betaald en wij u (verzekeringnemer) hebben aangemaand tot betaling van de verschuldigde premie. Dit geldt niet als wij de dekking van de basisverzekering hebben opgeschort (tijdelijk stopgezet) of wij u (verzekeringnemer) binnen 2 weken de opzegging hebben bevestigd.

Opzeggen kan u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:

- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/nl
- via Mijn HollandZorg (<https://mijn.hollandzorg.com>)
- schriftelijk naar: HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

LET OP: een mondelinge opzegging of opzegging via social media geldt niet.

Als u (verzekeringnemer) ons vraagt om een verzekering af te sluiten, zien wij dat verzoek ook als een opzegging van een bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een andere zorgverzekeraar vraagt om daar een verzekering voor u af te sluiten, dan zien wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen van die andere zorgverzekeraar, dat verzoek ook als een opzegging van uw bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering. Dit noemen wij de opzegservice.

3.6. Hoe werkt het als ik via het CAK verzekerd ben?

Als u bent verzekerd door het CAK (Centraal Administratie Kantoor) in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft gemeld dat u verzekerd bent bij ons. U moet daarbij aantonen dat u al een andere zorgverzekering heeft gekregen in de periode van 3 maanden vanaf de datum dat het CAK de 2e bestuurlijke boete voor het onverzekerd zijn heeft verstuurd 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 tijdens de eerste 12 maanden dat deze loopt. Tijdens die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 3.5 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 (ongedaan maken), als achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

3.7. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden of de dekking van de verzekering opschorten (tijdelijk stopzetten):

- als u (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd heeft betaald. Dat geldt alleen als u (verzekeringnemer) na een schriftelijke aanmaning, waarbij ook de gevolgen van het uitblijven van betalen vermeld zijn, nog niet volledig heeft betaald binnen de daarvoor geldende termijn. Opzeggen of ontbinden door 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 papieren geeft die belangrijk 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 (verzekerde/verzekeringnemer) zich ernstig misdraagt naar ons of onze medewerkers.

In alle gevallen geven 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.

3.8. Wat gebeurt er met mijn verzekering als ik in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort (tijdelijk stopgezet) tijdens 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 1 maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen 1 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 sturen van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland waaruit die detentie blijkt.

4. Premie

4.1. Hoe is de premie opgebouwd?

De premie die u (verzekeringnemer) moet betalen is de premiegrondslag verminderd met eventuele korting. U (verzekeringnemer) kunt korting krijgen als u (verzekeringnemer) kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag, de eventuele korting en de verschuldigde premie die u (verzekeringnemer) moet betalen zijn te vinden op de polis.

De premiegrondslag is opgenomen in de Premiebijlage bij de polisvoorwaarden.

Als de verzekering niet ingaat per de 1e dag van een maand, wordt de premie voor die 1e maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

Voorbeeld: uw verzekering gaat in vanaf 13 maart 2024. Dat betaalt u voor de maand maart premie voor (31-13=) 18 dagen in plaats van het bedrag voor de hele maand. Dat bedrag is de maandpremie gedeeld door 31 en dan maal 18.

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 dat bedrag in de vorm van een toeslag naast uw premie in rekening brengen. U (verzekeringnemer) moet de toeslag dan aan ons betalen. Als een toeslag van toepassing is, is deze opgenomen in uw polis.

4.2. Wanneer moet ik de premie betalen?

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. Dat moet voor de dag dat de periode begint waar de premie voor is. Wij bepalen of de betaling per maand, per half jaar of per jaar mag en welke vorm van betaling mogelijk is. Als u (verzekerde/ verzekeringnemer) de premie of andere aan ons te betalen bedragen niet op tijd betaalt, kunnen wij 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 bedragen die u (verzekerde/verzekeringnemer) nog van ons moet ontvangen. Ook mag u (verzekerde/verzekeringnemer) de betaling niet uitstellen als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bedrag verschuldigd zijn.

In geval van overlijden van de verzekerde betalen wij de al betaalde premie terug over de periode vanaf de dag na het overlijden.

5. Belangrijke regels

5.1. Voor wie zijn de verzekeringen?

De verzekeringen zijn voor 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.

5.2. Aan welke informatieplichten moet ik 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 door te geven 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 snel op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging IBAN-rekeningnummer, echtscheiding of einde deelname aan een collectiviteit. Of omstandigheden die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

LET OP: als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich niet houdt aan de informatieplichten die in dit artikel en in de overige polisvoorwaarden staan genoemd, heeft u geen recht op (vergoeding van kosten van) de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

5.3. Hoe doen wij mededelingen?

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 dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling u 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:

- Een schriftelijk verzoek kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) sturen aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)
- Via het contactformulier op www.hollandzorg.com/nl.

5.4. Wat moet ik 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 (0570) 68 74 84
- schriftelijk naar: 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.

5.5. 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.

5.6. 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
- het vergroten van ons klantenbestand en voor informatieverstrekking over onze producten
- onderzoek naar de door u ervaren kwaliteit van de zorg
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen
- het bewaken van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, waaronder het voorkomen en bestrijden van fraude
- het uitvoeren van verhaalsrecht, waaronder ook uitwisseling van gegevens met de schadeverzekeraar van de aansprakelijke persoon en met uw reisverzekeraar bij samenloop van buitenlanddekking.
- wetenschappelijke en statistische analyse

Op de verwerking van persoonsgegevens is ons privacy statement van toepassing. Dit kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

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 via (0570) 68 74 84. Als wij uw melding terecht vinden, zorgen wij voor extra maatregelen ter bescherming van uw persoonsgegevens.

5.7. Hoe gaan wij om met fraude?

Als wij fraude vermoeden, stellen wij een onderzoek in om na te gaan of sprake is van fraude.

In geval van vastgestelde fraude:

- kunnen wij uw (verzekerde/verzekeringnemer) gegevens laten opnemen in het Intern Verwijzingsregister (IVR) of in het Extern Verwijzingsregister (EVR). Het IVR en EVR worden gebruikt om de integriteit van verzekerden en andere relaties te beoordelen. Het IVR is alleen door ons te raadplegen. Het EVR is ook door andere financiële instellingen te raadplegen. Raadplegen gaat via de centrale databank van Stichting CIS. Dit gebeurt volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Dit protocol kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.
- kunnen wij aangifte doen 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.
- kunnen wij de incassokosten op u (verzekerde/verzekeringnemer) verhalen.
- 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.

5.8. Hoe word ik lid van de coöperatie?

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een verzekering heeft gesloten of krachtens een verzekering verzekerd bent, geldt de aanvraag ook als een aanvraag tot het lidmaatschap van Coöperatie Salland U.A. Dat geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons heeft gemeld hiervan af te zien. De ledenraad van Coöperatie Salland U.A. praat rechtstreeks met het bestuur van Salland Zorgverzekeraar en denkt mee over uiteenlopende onderwerpen en beslist over belangrijke zaken. De ledenraad wordt gekozen uit de leden. Het lidmaatschap eindigt door overlijden, door opzegging of door ontzetting uit het lidmaatschap. Het lidmaatschap beschouwen wij als opgezegd op het moment dat uw (verzekerde/verzekeringnemer) laatste verzekering bij ons is geëindigd.

5.9. Welke beperkingen zijn er 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 alleen 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 Clausuleblad terrorismedekking zijn te raadplegen via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. 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.

5.10. Mogen wij de polisvoorwaarden wijzigen?

Wij kunnen de polisvoorwaarden wijzigen met ingang van een door ons te bepalen datum. Een wijziging van de premiegrondslag van de basisverzekering treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop wij deze aan u (verzekeringnemer) hebben medegedeeld.

5.11. 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 polisvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of u een toestemming van ons nodig heeft.

Bij de beoordeling van het verzoek om toestemming toetsen wij of de zorg voldoet aan de polisvoorwaarden, 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 1 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.

Op de aanvraag om toestemming moet altijd staan: 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 beschreven welke informatie nog meer op de aanvraag moet staan.

Een aanvraag voor toestemming kunt u mailen naar onze medisch adviseur via: toestemming@hollandzorg.nl. Een aanvraag om toestemming kunt u ook sturen naar:

- HollandZorg
Medisch adviseur
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer
(postzegel niet nodig).

Als uw zorgaanbieder de aanvraag namens u indient, mag uw zorgaanbieder alleen persoonsgegevens over uw gezondheid aan ons doorgeven als u de zorgaanbieder daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.

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

Het kan gebeuren dat u zorg vanuit de basisverzekering nodig heeft waarvoor toestemming nodig is 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 die toestemming recht op de zorg of de vergoeding van de kosten van de zorg volgens de regels in onze polisvoorwaarden. Het is voldoende om die toestemming aan ons toe te sturen via toestemming@hollandzorg.nl of via bovenstaand adres. 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 waar de toestemming over gaat, in de tussentijd niet meer is of zijn verzekerd.

5.12. 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 polisvoorwaarden 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 9 maanden vanaf de datum waarop de verwijzing of het voorschrift is afgegeven. De geldigheidsduur kan langer of korter zijn, als dat uitdrukkelijk in de polisvoorwaarden 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 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, behalve als de geldigheidsduur inmiddels is verstreken.

5.13. Hoe kan ik 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 vragen deze beslissing opnieuw te bekijken. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet uw verzoek indienen binnen 6 weken na ontvangst van onze beslissing. Dat kan op een van de volgende manieren:

- Digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.hollandzorg.com/nl/klacht.
- Een schriftelijk verzoek sturen naar: aan HollandZorg, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Reageren wij niet binnen 6 weken op uw verzoek of bent u niet tevreden over onze reactie?

Dan kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Dit geldt niet als u 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 (verzekeringnemer) de verzekering heeft gesloten via internet, kunt u (verzekeringnemer) uw klacht ook naar het Europese ODR-platform sturen. Het ODR-platform is bereikbaar via ec.europa.eu/consumers/odr. Het platform moet uw klacht dan doorsturen naar de SKGZ.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een formulier dat wij gebruiken te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) ons vragen het gebruik van dat formulier opnieuw te bekijken. Dat kan op de volgende manieren:

- Digitaal indienen via het klachtenformulier op www.hollandzorg.com/nl/klacht.
- Een schriftelijk verzoek sturen aan HollandZorg, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

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

Op de basisverzekering zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de aanvullende verzekering;
- de afspraken in dit hoofdstuk Specifieke bepalingen voor de basisverzekering;
- de lijst met begrippen;
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

Grondslagen en redenen voor weigering

1. 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 de gegevens die u (verzekeringnemer) heeft opgegeven bij uw aanvraag voor de basisverzekering en op afspraken in verband met een collectiviteit waar u aan deelneemt.

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

Is een bepaling in de polisvoorwaarden 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 polisvoorwaarden 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 polisvoorwaarden 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 polisvoorwaarden wordt verwezen, maken onderdeel uit van de basisverzekering.

2. Wanneer kunnen wij u weigeren?

Als zorgverzekeraar hebben wij een acceptatieplicht als u (verzekeringnemer) een basisverzekering wilt sluiten. Wij letten niet op leeftijd, geslacht of gezondheidssituatie van een persoon. In een aantal situaties zijn wij niet verplicht de basisverzekering af te sluiten:

- U bent niet zorgverzekeringsplichtig.
- U heeft al een basisverzekering.

- Wij hebben uw eerdere basisverzekering in de 5 jaar voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de nieuwe basisverzekering 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 Nederlandse loonbelasting is onderworpen.

Premie

3. Wanneer hoef ik 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 18 jaar. Vanaf de 1e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden gaat de premie in.

Voorbeeld: De verzekerde wordt 18 jaar op 10 september. Dan betaalt u (verzekeringnemer) de premie voor de zorgverzekering vanaf 1 oktober van hetzelfde jaar.

- U (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen in de periode dat u (verzekeringnemer) aan het CAK een bestuursrechtelijke premie moet betalen. In dat geval is sprake van een premieachterstand ter hoogte van meer dan 6 maanden.

4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?

4.1 Als u een betalingsachterstand heeft ter hoogte van minder dan 2 maanden premie, kunnen wij de basisverzekering ontbinden met inachtneming van artikel 3.7 van de Algemene bepalingen.

4.2 Uiterlijk 10 werkdagen nadat wij een betalingsachterstand ter hoogte van 2 maandpremies van de basisverzekering zien, doen wij u (verzekeringnemer) een aanbod voor een betalingsregeling. De betalingsregeling bestaat uit:

- afspraken over de betaling van de komende 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 beëindigen of opschorten (tijdelijk stopzetten) vanwege het bestaan van deze schulden 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 Ons aanbod voor de betalingsregeling bevat daarnaast de volgende bereidheid. Als u (verzekeringnemer) de basisverzekering voor iemand anders heeft gesloten, kunt u de basisverzekering van die ander opzeggen met ingang van de datum waarop de betalingsregeling ingaat. De voorwaarden hiervoor zijn:

- De verzekerde heeft zichzelf uiterlijk op de dag waarop de betalingsregeling ingaat verzekerd op grond van een andere zorgverzekering; en,
- Als de verzekerde de zorgverzekering bij ons heeft gesloten (basisverzekering), moet deze ons een machtiging geven tot maandelijkse automatische incasso van toekomstige premies of de verzekerde heeft een opdracht 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 het loon. In dat geval sturen wij een kopie van ons aanbod aan de verzekerde.

4.4 Tegelijk met het aanbod van de betalingsregeling sturen wij u (verzekeringnemer) een brief, waarin staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om op het aanbod in te gaan. Daarbij leggen wij uit wat de gevolgen zijn als u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met een betalingsregeling en de premieschuld (exclusief rente en incassokosten) is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van 6 of meer maandpremies. Ook wijzen wij u (verzekeringnemer) op de mogelijkheid van schuldhelpverlening.

4.5 Als u een betalingsachterstand heeft ter hoogte van een bedrag ter hoogte van minder dan 4 maanden en er komt na een betalingsachterstand ter hoogte van 2 maanden geen betalingsregeling tot stand, kunnen wij de basisverzekering ontbinden.

4.6 Heeft u (verzekeringnemer) een premieschuld, exclusief rente en incassokosten, ter hoogte van minstens 4 maandpremies? Dan informeren wij u (verzekeringnemer) zo snel mogelijk over ons voornemen een melding te doen bij het CAK als de premieschuld (exclusief rente en incassokosten) is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van minimaal 6 maandpremies. Wij doen de melding niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen 4 weken na ontvangst van de mededeling bezwaar heeft gemaakt tegen de hoogte van de betalingsachterstand.

4.7 Als u (verzekerde/verzekeringnemer) wel op tijd bezwaar heeft gemaakt tegen de premieachterstand, maar wij bij ons standpunt blijven, melden wij u aan bij het CAK als uw premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van 6 of meer maandpremies. Deze melding doen wij niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen 4 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 4 maandpremies, doen wij geen melding bij het CAK, zolang de toekomstige premies wel betaald worden.

4.9 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van 6 maandpremies of meer is, melden wij dit aan het CAK en krijgt u (verzekerde/verzekeringnemer) bericht van ons. 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 4.6 tot en met 4.9 hebben gehouden. Wij doen geen melding bij het CAK:

- als de premieachterstand op tijd is betwist als bedoeld in 4.6, maar wij nog geen reactie hebben gegeven.
- gedurende de termijn van 4 weken als bedoeld in 4.7.
- als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.7 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 aantoonbaar 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 2, vierde bolletje, van de Specifieke bepalingen voor de Basisverzekering.

4.10 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 verdwenen.
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt.
- de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.9, vierde bolletje, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste u (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

LET OP: zolang u een betaalachterstand in premie heeft, kunt u niet van verzekeraar veranderen. Dat is wettelijk bepaald. Om die wet uit te kunnen voeren, wisselen zorgverzekeraars gegevens uit over personen met een premie-achterstand.

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 polisvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:

- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg
- de NIPT
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de huisarts door anderen laat doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests en bloedprikken
- de kosten van inschrijving 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 (wijkverpleging)
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie
- als u de donor bent, uw kosten van zorg, verblijf en vervoer die verband houden met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, zoals omschreven in het artikel over transplantatiezorg in deze polisvoorwaarden.
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg

aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. Deze 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.

- 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.

6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?

Voor het jaar 2024 is het niet mogelijk om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Als wij daarvoor wel de mogelijkheid bieden, kunt u (verzekeringnemer) voor verzekerden van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie. Afhankelijk van wat wij aanbieden, kunt u (verzekeringnemer) kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. In de Premiebijlage bij deze polisvoorwaarden staat welke premie hoort bij welk vrijwillig eigen risico. Het gekozen vrijwillig eigen risico vermelden wij op de polis.

LET OP: bedenk wel goed of het in uw situatie verstandig is om hiervoor te kiezen. Als u namelijk onverwacht iets overkomt, kunnen de kosten hoog oplopen.

Als een verzekerde 18 jaar wordt, dan berekenen wij de premie voor de basisverzekering van die verzekerde zonder vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) voor dit tijd gekozen heeft voor een vrijwillig eigen risico voor die verzekerde. Dan berekenen wij de premie met dat vrijwillig eigen risico.

Niet onder het vrijwillig eigen risico vallen:

- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsenpraktijk
- de NIPT
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het vrijwillig eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de huisarts door anderen laat doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests
- de kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg
- de kosten van ketenzorg (multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt)
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. Deze 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.
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg
- de kosten van preventieve voetzorg
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie
- als u de donor bent, de kosten van zorg, verblijf en vervoer die verband houden met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, zoals omschreven in het artikel over transplantatiezorg in deze polisvoorwaarden.
- de kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Het kan zijn dat wij een door ons aangeboden vrijwillig te kiezen eigen risico niet meer aanbieden. Als u (verzekeringnemer) een basisverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico heeft gesloten, krijgt u

de mogelijkheid om te kiezen voor een basisverzekering met een lager vrijwillig eigen risico of zonder vrijwillig eigen risico. Deze wijziging gaat in per het nieuwe kalenderjaar.

7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Per kalenderjaar blijven de kosten van de zorg voor uw rekening, tot de hoogte van het verplicht en eventuele vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar is bereikt.

Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor uw rekening blijven (bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen), 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 betaald, zonder op die betaling het verplicht eigen risico of het eventuele vrijwillig eigen risico in mindering te brengen, moet u (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

Zorgkosten komen eerst ten laste van het verplicht eigen risico. Daarna komen de zorgkosten ten laste van het eventuele vrijwillig eigen risico.

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Of eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht en vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) een basisverzekering met een vrijwillig eigen risico heeft gesloten en het bedrag van het vrijwillig eigen risico wijzigt in de loop van het kalenderjaar. Dan is de vaststelling van het uiteindelijke vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar als volgt: de hoogte van elk van de vrijwillig eigen risico's wordt vastgesteld naar rato van het aantal verzekerde dagen in dat jaar waarvoor dat vrijwillig eigen risico geldt. Deze vastgestelde eigen risico's worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal verzekerde dagen in dat kalenderjaar. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld: U ontvangt huisartshulp voor een bedrag van € 60,-. Voor opname in het ziekenhuis krijgt u een rekening van € 675,-. U heeft naast het verplicht eigen risico van € 385,- ook een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

Voor huisartshulp geldt geen eigen risico. De gemaakte kosten van € 60,- krijgt u daarom volledig vergoed. Voor ziekenhuiskosten geldt het eigen risico wel.

Eerst betaalt u het verplicht eigen risico van € 385,-. Er blijft van de ziekenhuisrekening nog een bedrag over van € 290,- (€ 675 - € 385). U betaalt hiervan het vrijwillig eigen risico van € 200,-. Wij vergoeden het bedrag dat daarna overblijft. De vergoeding is € 90,- (€ 290 - € 200).

U heeft nu het hele bedrag van het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico voor 2024 betaald. Bij nieuwe zorgkosten voor het jaar 2024 heeft u geen eigen risico meer.

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

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

In beginsel maakt u gebruik 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. Dat geldt ook als u om een andere reden kiest voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding is verderop in de polisvoorwaarden beschreven.

LET OP: in het geval u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, 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. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde aanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven, moet u het verschil zelf betalen. 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.

De inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door dat wat 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.

Is voor de zorg een richtlijn/zorgstandaard/kwaliteitsstandaard vastgesteld? Dan heeft u recht op (vergoeding van kosten van) de zorg, als de zorg volgens die standaard is verleend. De actuele zorgstandaarden zijn te bekijken en te downloaden via www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten. Wijkt uw zorgaanbieder af van de richtlijn/zorgstandaard/kwaliteitsstandaard? Dan heeft u alsnog recht op (vergoeding van kosten van) de zorg als uw zorgaanbieder aantoont dat afwijking daarvan in uw geval medisch gezien noodzakelijk is en uw zorgaanbieder dit motiveert in uw medisch dossier.

In de polisvoorwaarden staat per zorgvorm of een wettelijke eigen bijdrage van toepassing is. Naast de wettelijke eigen bijdrage kan ook het verplicht en eventueel het vrijwillig eigen risico van toepassing zijn.

9. 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

10. 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 een verwijzing of een voorschrift of schriftelijke toestemming van ons voordat u de zorg krijgt. In de polisvoorwaarden 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 polisvoorwaarden 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.

11. Wat is de hoogte van de vergoeding van zorg in Nederland?

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 polisvoorwaarden 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.

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

12. 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 polisvoorwaarden 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 1 nacht. Dit geldt niet als sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Onder medisch noodzakelijke zorg verstaan wij hier onvoorziene zorg die 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 zijn vaak voldoende.

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 één van de volgende manieren:

- telefonisch: +31 (0)570 68 71 12

- per mail: alarmcentrale@hollandzorg.nl

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

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

Als u woont of tijdelijk verblijft (waaronder ook 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. Dat houdt in:

i) als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de polisvoorwaarden 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.

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 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:

a. 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.

b. 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.

LET OP: 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 polisvoorwaarden 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.

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

LET OP: voor zorg in het buitenland gelden ook de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

Omzetplafonds en volumeafspraken

14. 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 www.hollandzorg.com/nl.

Dekking per zorgvorm

Geboortezorg

Kraamzorg

U heeft recht op kraamzorg. Kraamzorg omvat zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling. Het recht op kraamzorg geldt gedurende ten hoogste 6 weken, te rekenen vanaf de dag van bevalling. De kraamverzorgende assisteert bij de bevalling (partusassistentie), verzorgt u en de baby tijdens de kraamperiode en geeft advies. Het aantal uren kraamzorg stelt uw zorgaanbieder vast met en onder eindverantwoordelijkheid van de verloskundige. Hiervoor is het 'Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg' leidend. Het aantal uren en dagen is onder andere afhankelijk van de gezinssamenstelling en de aanwezigheid van mantelzorg (familie en vrienden). Het protocol kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Als er sprake is van een medische indicatie bij uw bevalling dan heeft u vanaf de dag van de bevalling ook recht op opname en verloskundige en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis. De kraamzorg is dan inbegrepen in die opname. Aan de hand van het aantal opnamedagen wordt het aantal resterende dagen/uren kraamzorg, waar u na de opname nog recht op hebt, vastgesteld.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de kraamzorg verlenen:

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, voor kraamzorg bij u thuis is de wettelijke eigen bijdrage € 5,10 per uur. Voor kraamzorg zonder medische indicatie in een instelling (ziekenhuis, geboortecentrum of kraamhotel) is de wettelijke eigen bijdrage € 20,- per dag voor de moeder en € 20,- per dag voor de baby plus dat deel van het tarief van de instelling per dag dat hoger is dan € 143,-.

Voorbeeld 1

U bent bevallen en krijgt thuis 49 uur kraamzorg. U betaalt dan $49 \times 5,10 = € 249,90$ zelf aan eigen bijdrage.

Voorbeeld 2

U bent bevallen en verblijft 6 dagen in een geboortecentrum, zonder medische indicatie. Het dagtarief van deze instelling is € 145,- per dag. U betaalt dan $(20 + 20) \times 6 = € 240$ plus $(145 - 143) \times 6 = € 12$. Dus in totaal € 252,- aan eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Prenatale screening

U heeft recht op prenatale screening. Prenatale screening omvat zorg die verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden en bestaat uit onderzoeken die kunnen bepalen of uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren chromosomale of structurele afwijking. U beslist zelf of u gebruik wilt maken van deze onderzoeken.

De prenatale screening bestaat uit:

- counseling (uitleg over de prenatale screening naar aangeboren afwijkingen als u zwanger bent);
- de NIPT, als u daarvoor een medische indicatie heeft;
- invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie), als u daarvoor een medische indicatie heeft. Van een medische indicatie is ook sprake als uit 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 echoscopist

Prenatale screening mag alleen worden verleend als de 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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, voor prenatale screening in een ziekenhuis is voor aanvang van de zorg een verwijzing noodzakelijk van een huisarts of verloskundige. Als de verloskundige zorg door een medisch specialist wordt geleverd, is geen verwijzing nodig voor prenatale screening in een ziekenhuis.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee.

Onder het eigen risico vallen wel:

- kosten van eventueel diagnostisch vervolgonderzoek.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website, onder verloskundige zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Verloskundige zorg zonder medische indicatie

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

Als er tijdens de zwangerschap of bevalling geen sprake is van een verhoogd risico voor de gezondheid van u of uw baby, heeft u recht op verloskundige zorg zonder medische indicatie. Als u geen medische indicatie heeft, kunt u zelf kiezen waar u wilt bevallen. U kunt ervoor kiezen om thuis te bevallen of in een geboortecentrum of ziekenhuis. In de meeste gevallen wordt de verloskundige zorg dan verleend door uw eigen verloskundige of huisarts.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een verloskundige
- een huisarts
- een ziekenhuis
- een geboortecentrum
- een integrale geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd.

Is er een verwijzing nodig?

Nee

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, als u bevalt in een geboortecentrum of gebruik maakt van een verloskamer in een ziekenhuis. In dat geval is de eigen bijdrage € 20,- per dag voor de moeder en € 20,- per dag voor de baby plus dat deel van het tarief van het geboortecentrum of ziekenhuis voor het gebruik van de verloskamer per dag dat hoger is dan € 143,-.

Voorbeeld

U bent bevallen en verblijft 6 dagen in een geboortecentrum, zonder medische indicatie. Het dagtarief van deze instelling is € 145,- per dag. U betaalt dan $(20 + 20) \times 6 = € 240$ plus $(145 - 143) \times 6 = € 12$. Dus in totaal € 252,- aan eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee.

Onder het eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website, onder verloskundige zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Verloskundige zorg met medische indicatie

U heeft recht op verloskundige zorg en opname in een ziekenhuis daarvoor, als u een medische indicatie heeft. Verloskundige zorg met medische indicatie omvat zorg die verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden.

Als er tijdens de zwangerschap of bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby, krijgt u een medische indicatie. In dat geval wordt de verloskundige zorg in een ziekenhuis verleend door een gynaecoloog of een verloskundige van het ziekenhuis.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een ziekenhuis
- een integrale geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd

Is er een verwijzing nodig?

Ja, voor verloskundige zorg met medische indicatie in een ziekenhuis is voor aanvang van de zorg een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, verloskundige of physician assistent.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee.

Onder het eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website, onder medisch specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

U heeft recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en opname daarvoor als u 18 jaar of ouder bent. De geneeskundige ggz omvat de diagnostiek, behandeling van lichte tot (zeer) complexe psychische problemen of chronische problematiek die medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen plegen te bieden.

De zorg is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Uw zorgvraag bepaalt welk zorgtraject wordt ingezet. Een zorgtraject kan bestaan uit verschillende onderdelen, zoals: intake, diagnostiek, individuele consulten, groepsconsulten of opname. Een zorgtraject kan zowel fysiek als online aangeboden worden. Een behandelplan, als onderdeel van uw zorgtraject, wordt met u besproken en vervolgens vastgesteld door uw zorgaanbieder.

Geneeskundige ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Hiervoor kunt u contact opnemen met de gemeente.

Onder de geneeskundige ggz vallen niet:

- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Dat betekent dat 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, zoals overspanning of burn-out
- hulp bij leerstoornissen
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik, die onder de huisartsenzorg valt.

Uw behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden vindt u meer informatie over welke behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en in welke situatie deze toegepast mogen worden door uw zorgaanbieder.

Opname in een ggz instelling

Opname omvat verblijf met een duur van 24 uur of langer gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

Een onderbreking van de opname van maximaal dertig dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen 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.

Is het in verband met uw behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1095 dagen blijft opgenomen? Dan kunt u in overleg met uw zorgaanbieder een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

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.zorgprestatie.nl.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar geneeskundige ggz verlenen:

- een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, psychiater, verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater , verslavingsarts, orthopedagoog-generalist, physician assistent, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige klinisch geriater.

Een psychiatrisch ziekenhuis mag de opname bieden.

Overgangsregeling

Geneeskundige ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de zorgverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de deze regiebehandelaar dan mag de zorgaanbieder de behandeling voortzetten voor maximaal 365 dagen (1 jaar) na uw 18e verjaardag. Het moet gaan om een regiebehandelaar met een postmasterregistratie in het register van Stichting kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of BIG-register

(doorgaans een orthopedagoog of een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen). Deze zorgaanbieder hoeft in dat geval niet over een Kwaliteitsstatuut te beschikken. De voortzetting van de behandeling moet zijn gericht op afsluiting of overdracht.

Kwaliteitsstatuut

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

In het kwaliteitsstatuut moet de zorgaanbieder aangeven hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan de kwaliteitsnormen. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is ook opgenomen wie verantwoordelijk is voor de indicatie en/of coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar.

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 rekening onder meer of de inzet van de regiebehandelaar geleverd is volgens het kwaliteitsstatuut. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie opvragen. Op basis van die informatie besluiten wij over de vergoeding van kosten van de zorg.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, regiebehandelaar (in geval van doorverwijzing), een bedrijfsarts of een straatdokter:

- bij de start van het zorgtraject
- bij heraanmelding als het zorgtraject meer dan 365 dagen geleden is afgesloten.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. U kunt deze bekijken via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

U heeft geen verwijzing nodig:

- als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (acute ggz)
- als sprake is van gedwongen zorg 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 of zorg aan u vanuit de Jeugdwet.
- bij een heraanmelding binnen een jaar naar afsluiten van een voorgaand zorgtraject.
- vervolg na start behandeling binnen de acute ggz (ggz aan u in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat u een acute psychiatrische stoornis heeft).
- bij een doorverwijzing tussen zorgaanbieders voor ggz.

Uw verwijzing is maximaal 9 maanden (275 dagen) geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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

- voor geneeskundige ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in combinatie met opname.
- 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.

De meeste zorgaanbieders die mogen optreden als regiebehandelaar zijn aangesloten op het landelijk machtigingen portaal. Uw zorgaanbieder kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw zorgaanbieder krijgt van ons, via het machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag.

Als u een zorgaanbieder bezoekt die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of als u naar het buitenland gaat voor een behandeling, dan moet u voor het recht op zorg zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdat de behandeling start. 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?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Geneesmiddelenzorg

Geneesmiddelenzorg

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) bestaat uit terhandstelling (uitgifte door de apotheek) van de hierna genoemde geneesmiddelen en dieetpreparaten. Geneesmiddelenzorg omvat daarnaast ook het advies en begeleiding die apothekers plegen te bieden voor de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

U heeft recht op deze geneesmiddelen en dieetpreparaten:

1. de volgende geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering:
 - a. de voorkeursgeneesmiddelen op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen. De Lijst Voorkeursgeneesmiddelen kunt u bekijken via www.hollandzorg.nl/voorwaarden Wij kunnen de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen maandelijks wijzigen. De actuele lijst kunt u per maand bekijken via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden. Op verzoek zenden wij de lijst toe.

Het aanwijzen van voorkeursgeneesmiddelen noemen wij 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, behalve als er een 'medische noodzaak' of een 'logistieke noodzaak' is (daarover meer bij punt c en d hierna).

- b. de onderling vervangbare geneesmiddelen uit de groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen waarin geen voorkeursgeneesmiddel is aangewezen. Als er keuze is tussen meerdere onderling vervangbare geneesmiddelen binnen een groep, heeft u recht op:

- het goedkoopste geneesmiddel binnen die groep. Het goedkoopste geneesmiddel is het geneesmiddel met de laagste apotheekinkoopprijs (AIP) volgens de G-Standaard van Z-Index B.V. U kunt het goedkoopste geneesmiddel en de prijs daarvan bij onze klantenservice navragen via het contactformulier op onze website www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden of via telefoonnummer +31 (0)570 687 123. Of bij uw apotheek;
- het geneesmiddel dat maximaal 3% duurder is dan het goedkoopste geneesmiddel uit die groep.

Dit geldt niet als er een 'medische noodzaak' of een 'logistieke noodzaak' is (daarover meer bij punt c en d hierna).

- c. In afwijking van a en b hiervoor heeft u recht op het voorgeschreven geneesmiddel als sprake is van een medische noodzaak ('MN'). Dit geldt niet als er een 'logistieke noodzaak' is (daarover meer bij punt d hierna).

Een medische noodzaak betekent dat het medisch gezien onverantwoord is dat u het voorkeursgeneesmiddel of het door de apotheek gekozen geneesmiddel gebruikt. Uw voorschrijver mag alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als de voorschrijver die noodzaak kan onderbouwen. De apotheek bekijkt of er sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel neemt de apotheek contact op met de voorschrijver voor overleg en afstemming over de medische noodzaak. Is sprake van een medische noodzaak? Dan krijgt u niet het (voorkeurs)geneesmiddel. In dat geval heeft u recht op een alternatief geneesmiddel dat u op basis van zorginhoudelijke criteria nodig heeft. De apotheker en voorschrijver kunnen hierover overleggen.

- d. in afwijking van a, b en c hiervoor heeft u recht op het door de apotheek gekozen geneesmiddel als sprake is van een logistieke noodzaak ('LN').

Er is een logistieke noodzaak als het (voorkeurs)geneesmiddel langere tijd niet verkrijgbaar is in Nederland en er in de tussentijd geen ander (voorkeurs)geneesmiddel 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.

- e. alle niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

- Daarbij geldt dat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering voor de daarin genoemde geneesmiddelen extra voorwaarden staan voor de levering van die geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze voorwaarden.

2. de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:

- a. apotheekbereidingen, tenzij het gaat om 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 (Uitsluitend Recept-geneesmiddel) waarover volgens 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, als aan daarbij vermelde criteria is voldaan;
 - b. 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;
 - c. geneesmiddelen waarvoor door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) om volksgezondheidsredenen een handelsvergunning is verleend als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort. Voorwaarde is dat die geneesmiddelen dan niet in Nederland in de handel zijn, maar wel in een ander EU-land.
3. de 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.
 4. de volgende zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:
 - a. laxeremiddelen, 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;
 - b. 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 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.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?

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

- maximaal 12 maanden, als het gaat om de anticonceptiepill (orale anticonceptiva).
- minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden, als u een chronische aandoening heeft en u het geneesmiddel al minimaal 6 maanden gebruikt, nadat u goed bent ingesteld op dat geneesmiddel. In afwijking hiervan geldt voor de afgifte van benzodiazepinen, hypnotica en anxiolytica een periode van maximaal 1 maand. De voorschrijver bepaalt of sprake is van een chronische aandoening.
- maximaal 1 kuur of 1 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 1 maand in alle andere gevallen.

Waar moet ik 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, een 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 genoemd in het Reglement Farmacie. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

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 artsenverklaring of apotheekinstructie het recht op het geneesmiddel moet vaststellen.

In het Reglement Farmacie is opgenomen voor welke geneesmiddelen de toestemming of een artsenverklaring of apotheekinstructie is vereist. Het Reglement Farmacie kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Toestemming voor (doorgeleverde) apotheekbereidingen

Apotheekbereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die in een apotheek worden gemaakt en die worden doorgeleverd aan een andere apotheek. Voor het recht op bepaalde, door ons aangewezen, apotheekbereidingen moet u schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De apotheekbereidingen waarvoor toestemming is vereist, staan in het overzicht 'Vergoeding apotheekbereidingen'. Dit overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

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?

Ja, als het geneesmiddel is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen en 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 2024 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.

Voorbeeld: uw basisverzekering gaat in op 15 juni. Dan is de wettelijke eigen bijdrage voor de rest van het kalenderjaar € 136,98. De rekensom is $(€ 250,- : 365 \text{ dagen}) \times 200 \text{ dagen}$. Dit bedrag wordt afgerond naar € 137,-.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Er is geen verplicht eigen risico voor anticonceptiva als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en de afgifte daarvan. Ook voor een medicatiebeoordeling is er geen verplicht eigen risico, 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.

Er is geen verplicht en vrijwillig eigen risico voor 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 en eventueel vrijwillig eigen risico.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De

maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Huisartsenzorg

Huisartsenzorg

U heeft recht op huisartsenzorg. Huisartsenzorg is 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 ik op letten?

Huisartsen mogen de zorg verlenen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee. De kosten van geneesmiddelen of (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts tellen wel mee voor het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico.

Ketenzorg

U heeft recht op ketenzorg. Ketenzorg betekent dat een groep zorgverleners samenwerkt rondom een specifieke aandoening, waarbij uw huisarts uw aanspreekpunt blijft. Ketenzorg is er voor personen van 18 jaar en ouder met Diabetes Mellitus type 2, COPD, astma of met verhoogde kans op hart- en vaatziekten.

Waar moet ik 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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of een medisch specialist voor die onderdelen van de ketenzorg die de huisarts niet zelf verleent.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

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

Hulpmiddelen

Hulpmiddelenzorg

U heeft recht op hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Hulpmiddelenzorg gaat over functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. In dit reglement staat ook de omvang van de zorg en 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.

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 (die bij dat hulpmiddel horen) 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 Wet langdurige zorg (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 polisvoorwaarden anders is bepaald.

Waar moet ik 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.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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?

Ja, voor sommige hulpmiddelen. De eigen bijdrage 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 en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder. Dit geldt niet voor hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt, met uitzondering van de bij die hulpmiddelen behorende verbruiksartikelen of gebruikskosten.

Moet ik 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, is er een maximumvergoeding. We vergoeden 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. 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.

Mondzorg en orthodontie in bijzondere gevallen

Mondzorg

U heeft recht op mondzorg. Mondzorg omvat zorg die tandartsen plegen te bieden.

Alle leeftijden

U heeft recht op mondzorg als:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of 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 mondzorg 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 mondzorg voor alle leeftijden recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Alleen als het tandheelkundig gezien noodzakelijk is, heeft de verzekerde recht op meer keren per jaar.
- een incidenteel tandheelkundig consult
- het verwijderen van tandsteen
- maximaal 2 fluoride-behandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht 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 mondzorg voor alle leeftijden recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, opname daarvoor 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 ook 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 en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. Dit geldt alleen als het om de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden gaat 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 ik op letten?

- Een tandarts al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugd tandverzorging mag de zorg verlenen.
- Een mondhygiënist al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugd tandverzorging mag de zorg verlenen voor zover het zorg betreft die mondhygiënist plegen te bieden.
- Een kaakchirurg mag chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard verlenen. Een ziekenhuis mag de opname bieden.
- Een tandprotheticus mag uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, aanmeten, maken en plaatsen.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

Voor een aantal vormen van mondzorg 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 3e of 4e fluoridebehandeling per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken als de verzekerde jonger is dan 18 jaar
- het plaatsen van een autotransplantaat
- 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 <https://www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden>
- het vervangen van een volledige tandheelkundige prothese voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, binnen 5 jaar na het plaatsen van de vorige volledige tandheelkundige prothese.
- zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De meeste mondzorgaanbieders zijn aangesloten op het landelijk machtigingen portaal. Uw mondzorgaanbieder kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw mondzorgaanbieder krijgt van ons, via het machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag. Als u een mondzorgaanbieder bezoekt die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of als u naar het buitenland gaat voor een behandeling dan moet u voor het recht op vergoeding zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdát de behandeling start. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, in de volgende gevallen:

- 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.
- Voor het aanmeten, maken, passen en plaatsen van uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen op tandheelkundige implantaten door een tandprotheticus moet u een verwijzing hebben van een tandarts, kaakchirurg of orthodontist.
- Voor zorg door een kaakchirurg en opname daarvoor moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts, orthodontist of een andere kaakchirurg.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, in de volgende gevallen:

- 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 en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Nee, behalve als de rekening hoger is dan het marktconform Nederlands Tarief. Uitzondering hierop is zorg door een kaakchirurg. Wilt u zorg van een kaakchirurg binnen een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. Wij hanteren een maximumvergoeding voor kaakchirurgie door een niet-gecontracteerd ziekenhuis of ZBC. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website, onder medisch specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Orthodontie in bijzondere gevallen

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

Waar moet ik op letten?

Een orthodontist, al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde, mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, tandarts, kaakchirurg of orthodontist.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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

De meeste mondzorgaanbieders zijn aangesloten op het landelijk machtigingen portaal. Uw mondzorgaanbieder kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw mondzorgaanbieder krijgt van ons, via het machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag.

Bezoekt u een mondzorgaanbieder die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of gaat u naar het buitenland voor een behandeling? Dan moet u voor het recht op vergoeding zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdat de behandeling start. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan 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?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Nee, behalve als de rekening hoger is dan het marktconform Nederlands Tarief.

Overige zorg

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

U heeft recht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. Dat is generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. 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 18 jaar en ouder.

Het kan gaan om diagnostiek, consulten, gericht overleg met uw behandelend arts en uitvoering van of regie op het behandelplan. 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 ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

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

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Overige geneeskundige (huisartsen)zorg

U heeft recht op overige geneeskundige (huisartsen)zorg. De overige geneeskundige (huisartsen)zorg bestaat uit:

- 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 hierna in deze polisvoorwaarden opgenomen.

Waar moet ik 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: een zorgaanbieder die hiervoor door ons is gecontracteerd. 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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Preventieve voetzorg

U heeft recht op preventieve voetzorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden, als u een verhoogd risico op het ontstaan van voetulcera heeft, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, een kwetsbare huid of verhoogde druk op de huid door ziekte of een medische behandeling.

De preventieve voetzorg is 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 aantal behandelingen dat u krijgt.

Bij het onderzoeken van uw voeten 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 onderverdeeld in de zorgprofielen. Uw huisarts of podotherapeut stelt uw zorgprofiel vast. De preventieve voetzorg omvat:

- jaarlijks voetonderzoek (screening) bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie.
- regelmatig 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 geschikte schoenen.

LET OP: behandelingen om alleen cosmetische of verzorgende redenen, zoals de verwijdering van eelt en het knippen van de teennagels, vallen niet onder de preventieve voetzorg.

Preventieve voetzorg kan deel uitmaken van ketenzorg of medisch specialistische zorg (algemeen). De voorwaarden voor het recht op ketenzorg of medisch specialistische zorg (algemeen) zijn opgenomen in het artikel over deze vormen van zorg. 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 ik 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 (zorgprofielen 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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant voor preventieve voetzorg door een pedicure of een podotherapeut. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de zorg verleent, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de 1e rekening.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. Wij hanteren een maximumvergoeding voor preventieve voetzorg door een niet-gecontracteerde podotherapeut. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Paramedische zorg

Fysiotherapie en oefentherapie

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie en oefentherapie. Fysiotherapie omvat zorg die fysiotherapeuten plegen te bieden. Oefentherapie omvat zorg die oefentherapeuten plegen te bieden. Hieronder staat aan welke voorwaarden u moet voldoen om voor de vergoeding in aanmerking te komen.

18 jaar of ouder

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

- fysiotherapie en oefentherapie voor een aandoening die staat in een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering): de 'Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie'. Het recht gaat in vanaf de 21^e behandeling. Dat betekent dat u de eerste 20 behandelingen bij aandoeningen op de 'Lijst chronische aandoeningen oefentherapie' zelf moet betalen of hiervoor aanvullend verzekerd moet zijn. Voor sommige aandoeningen op deze lijst geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. In dat geval heeft u recht op vergoeding van kosten van de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie tot maximaal 9 behandelingen (eenmalig).
- looptherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen). U heeft in dat geval recht op vergoeding van kosten van maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.
- oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van uw heup- of kniegewricht. U heeft in dat geval recht op vergoeding van kosten van maximaal de eerste 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden.
- oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. U heeft in dat geval recht op

vergoeding van kosten van:

- Bij klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties (verergering of toename van klachten): maximaal de eerste 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden
- Bij klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties (verergering of toename van klachten) in combinatie met een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit (klasse B1): maximaal de eerste 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na start van de behandeling en maximaal 3 behandelingen per 12 maanden in de daaropvolgende jaren.
- Bij klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties (verergering of toename van klachten) in combinatie met een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit (klasse B2) of als sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties (verergering of toename van klachten): maximaal de eerste 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en maximaal 52 behandelingen per 12 maanden in de daaropvolgende jaren.
- voorwaardelijk toegelaten fysiotherapie en oefentherapie als bedoeld in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering met de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden in de 'Lijst voorwaardelijk toegelaten zorg' via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Jonger dan 18 jaar

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

- fysiotherapie en oefentherapie voor een aandoening die staat op een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering): de 'Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie'. Het recht gaat in vanaf de 1e behandeling. Voor sommige aandoeningen op deze lijst geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. In dat geval heeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- fysiotherapie en oefentherapie voor aandoeningen die niet in de 'Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie' staan. De verzekerde heeft in die gevallen recht op vergoeding van kosten van maximaal de eerste 9 behandelingen per kalenderjaar voor dezelfde aandoening. Als die behandelingen niet genoeg resultaat opleveren, heeft de verzekerde aansluitend recht op vergoeding van kosten van maximaal 9 behandelingen extra voor dezelfde aandoening.

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

De Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- algemene fysiotherapie: een fysiotherapeut
- bekkenfysiotherapie: een bekkenfysiotherapeut
- geriatriefysiotherapie: een geriatriefysiotherapeut
- kinderfysiotherapie: een kinderfysiotherapeut
- littekenbehandeling: een fysiotherapeut en huidtherapeut
- manuele therapie: een manueel therapeut
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut

- geriatrie-oefentherapie: een geriatrie-oefentherapeut
- kinderoefentherapie: een kinderoefentherapeut
- looptherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen): een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk Chronisch ZorgNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden in de zorgzoeker van Chronisch ZorgNet op www.chronischzorgnet.nl/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 in de zorgzoeker van ParkinsonNet op www.parkinsonzorgzoeker.nl/#/. 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.

LET OP: behandelingen manuele therapie E.S. (Egg Shell) / methode Van der Bijl en orthomanele geneeskunde vallen niet onder de dekking van fysiotherapie en oefentherapie. Deze behandelingen kunnen vallen onder de dekking voor alternatieve geneeswijzen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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):

- voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie.
- voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut in verband met urine-incontinentie.
- voor looptherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen).
- voor oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van uw heup- of kniegewricht.
- voor oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD, als sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet u een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de 1e rekening. Voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde aanbieder voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie (te vinden op www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden) moet u bij het indienen van de 1e rekening ook een verklaring van de zorgaanbieder meesturen waarin staat hoeveel fysiotherapie of oefentherapie voor dezelfde aandoening u al heeft ontvangen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder. Met uitzondering van het verplicht eigen risico bij oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van uw heup- of kniegewricht, 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.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Ergotherapie

U heeft recht op vergoeding van kosten van ergotherapie zoals ergotherapeuten plegen te bieden tot een maximum van 10 behandelingen per kalenderjaar. Ergotherapie helpt u om uw zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. U krijgt advies, instructie, training of behandeling om weer algemene dagelijkse of arbeidsgerelateerde handelingen te kunnen doen en weer zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in uw leef-, woon- of werksituatie. Onder de zorg valt ook voorwaardelijk toegelaten ergotherapie als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering met de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden in de 'Lijst voorwaardelijk toegelaten zorg' via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik 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 in de zorgzoeker van ParkinsonNet op www.parkinsonzorgzoeker.nl/#/. 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

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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.

LET OP: als een verwijzing nodig is, moet u bij het indienen van de 1e rekening een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De

maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Diëtetiek

U heeft recht op zorg zoals diëtisten plegen te bieden tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar. Bij een diëtist kunt u terecht voor voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. De zorg bestaat ook uit behandeling gericht op het opheffen of verminderen of compenseren van door voeding beïnvloedbare of daarmee samenhangende ziekten of klachten.

Onder de zorg valt ook voorwaardelijk toegelaten diëtetiek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden in de 'Lijst voorwaardelijk toegelaten zorg' via <https://www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden>.

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 ik 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 in de zorgzoeker van ParkinsonNet op www.parkinsonzorgzoeker.nl/#/. 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

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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.

<i>LET OP: als een verwijzing nodig is, moet u bij het indienen van de 1e rekening een kopie van de verwijzing meesturen.</i>

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De

maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Logopedie

U heeft recht op vergoeding van kosten van logopedie. Logopedie omvat de zorg die logopedisten plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben en door de behandeling moet herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen te verwachten zijn. Onder de zorg valt ook stottertherapie en voorwaardelijk toegelaten logopedie als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering met de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden in de 'Lijst voorwaardelijk toegelaten zorg' via <https://www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden>.

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 ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- pre-verbale logopedie: een logopedist die is ingeschreven in het deelregister Pre-verbale 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 Hanenouderprogramma 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 in de zorgzoeker van ParkinsonNet op www.parkinsonzorgzoeker.nl/#/. 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 logopedie: een logopedist

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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 nodig is, moet u bij het indienen van de rekening een kopie van de verwijzing meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Preventie

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen

U heeft recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), als u 18 jaar of ouder bent en minimaal een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas. De vergoeding voor een GLI bij verzekerden tot 18 jaar vindt u onder het kopje 'Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas'.

De GLI bestaat uit een combinatie van interventies gericht op gezond eten, meer bewegen en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Een GLI wordt in de vorm van een zorgprogramma aangeboden. Het zorgprogramma bestaat uit individuele sessies en sessies die in groepsverband worden aangeboden en er is een onderscheid in een behandel fase en een onderhoudsfase. Het zorgprogramma duurt 24 aaneengesloten maanden (2 jaar).

U heeft recht op de zorgprogramma's die staan in de lijst Aangewezen zorgprogramma's GLI voor volwassenen. Deze lijst kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- Een zorgaanbieder, die als leefstijlcoach staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
- Een fysiotherapeut, die met aantekening 'leefstijlcoach' staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie
- Een oefentherapeut, die met aantekening 'leefstijlcoach' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici
- Een diëtist, die met aantekening 'leefstijlcoach' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici
- Een door ons gecontracteerde zorggroep.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of een medisch-specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

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

- een brede anamnese door de centrale zorgverlener (het vaste aanspreekpunt voor het kind en gezin). begeleiding en coördinatie van de juiste zorg en ondersteuning op het juiste moment door de juiste professional voor kind en gezin door de centrale zorgverlener. In dat geval moet een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen onderdeel uitmaken van het plan van aanpak. Uit het plan van aanpak moet gemotiveerd blijken dat de verzekerde op een GLI voor kinderen is aangewezen.
- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen. De verzekerde moet dan wel minimaal een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) hebben volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en het Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard Obesitas.

De GLI voor kinderen is een zorgprogramma op maat, gericht op gezond eten, meer bewegen en eventuele psychologische hulp. Het zorgprogramma op maat bestaat uit individuele sessies en heeft een behandelfase en een onderhoudsfase. Het zorgprogramma duurt 24 aaneengesloten maanden (2 jaar).

De verzekerde heeft recht op de zorgprogramma's die staan in de lijst Aangewezen zorgprogramma's GLI voor kinderen. Deze lijst kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

Brede anamnese en begeleiding en coördinatie door de centrale zorgverlener:

- Een jeugdverpleegkundige met een aanvullende specifieke opleiding tot centrale zorgverlener met aandacht voor kennis van het sociaal- en zorgdomein, specifiek gericht op jeugd en gezin.
- Een door ons gecontracteerde zorggroep.

GLI voor kinderen:

- De door ons aangewezen zorgaanbieders voor elk van de zorgprogramma's die staan in de lijst Aangewezen zorgprogramma's GLI voor kinderen. De aangewezen zorgaanbieders kunt vinden in de lijst Aangewezen zorgprogramma's GLI voor kinderen. De actuele lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.
- Een door ons gecontracteerde zorggroep.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, jeugdarts of een medisch specialist

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Valpreventie voor volwassenen

U heeft recht op valpreventie, als u 18 jaar of ouder bent. Valpreventie bestaat uit de volgende onderdelen:

- Valrisicobeoordeling, als u op grond van een valrisicoschatting een hoog risico hebt om te vallen.
- Intake voor een trainingsprogramma om vallen te voorkomen (valpreventieve beweeginterventie), als u op grond van een valrisicoschatting een hoog valrisico heeft én als u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische problemen aangewezen bent op begeleiding tijdens het trainingsprogramma door een fysiotherapeut of oefentherapeut.
- Maximaal 1 trainingsprogramma om vallen te voorkomen (valpreventieve beweeginterventie) per 12 maanden. U moet dan op grond van een valrisicoschatting een hoog valrisico hebben. En u moet als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische problemen aangewezen zijn op begeleiding tijdens het trainingsprogramma door een fysiotherapeut of oefentherapeut. U heeft recht op de trainingsprogramma's om vallen te voorkomen die staan in de lijst Aangewezen trainingsprogramma's valpreventie voor volwassenen. Deze lijst kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

Voor valrisicobeoordeling: een huisarts of een door ons gecontracteerde zorggroep.

Voor de intake voor een trainingsprogramma en voor het trainingsprogramma zelf: een fysiotherapeut of oefentherapeut, die is gecertificeerd voor het uitvoeren van het desbetreffende trainingsprogramma.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, voor de intake voor een trainingsprogramma om vallen te voorkomen en het trainingsprogramma zelf is een verwijzing nodig van een huisarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, met uitzondering van de valrisicobeoordeling.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.nl/zorgzoeker.

Stoppen met roken

U heeft recht op het volgen van een stoppen-met-roken-programma. Dit is een programma van geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met nicotine vervangende (genees)middelen gericht op gedragsverandering met als doel om te stoppen met roken. U heeft alleen recht op nicotine

vervangende (genees)middelen die verband houden met stoppen met roken als die deel uitmaken van het programma. De zorg is beperkt tot het volgen van 1 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, tenzij u zwaardere begeleiding nodig heeft dan in de ketenzorg is afgesproken.

Waar moet ik 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.kwaliteitsregisterstoppenmetroken.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 +31(0)570 687 123.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

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

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg.

Revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg en opname daarvoor. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Kwetsbare ouderen die zijn opgenomen in het ziekenhuis voor een behandeling, hebben soms geriatrische revalidatiezorg nodig om weer terug te kunnen naar de thuissituatie. Het gaat dan om zorg gericht op het verminderen van de functionele beperkingen.

U heeft alleen recht op de zorg als:

- u bent opgenomen (er moet sprake zijn van opname) bij de start van de zorg, én
- 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 mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaande aan de geriatrische revalidatiezorg medisch-specialistische zorg voor die acute aandoening heeft ontvangen.

De zorg duurt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Waar moet ik op letten?

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

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

Voor het recht op geriatrische revalidatiezorg voor een langere periode dan 6 maanden moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de periode van 6 maanden is afgelopen. Bij de aanvraag voor de zorg moet u de volgende gegevens meesturen: de reden dat terugkeer naar huis 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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Medisch specialistische revalidatiezorg

U heeft recht op revalidatiezorg en opname daarvoor. Revalideren betekent dat u na een ongeluk of ziekte weer goed moet leren omgaan met een handicap. Het gaat hierbij om onderzoek, advisering en behandeling. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verleent de zorg. De zorg moet u nodig hebben ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het moet gaan om een handicap als gevolg 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.

Waar moet ik op letten?

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

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

Voor revalidatiezorg en opname daarvoor 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).

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch specialistische zorg.

Second Opinion

Second opinion

U heeft recht op een second opinion. Als u twijfelt over een diagnose of behandeling kunt u een andere, onafhankelijke medisch specialist, die werkzaam is op hetzelfde vakgebied om een second opinion ('tweede mening') vragen. U moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke zorgaanbieder, die de regie houdt over de behandeling.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van uw huisarts of behandelend arts. De verwijzing is 12 maanden geldig, vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Verpleging en verzorging

Eerstelijnsverblijf

U heeft recht op eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf bestaat uit kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie op korte termijn. Het kan ook gaan om palliatief terminale zorg (zorg in de laatste levensfase).

De zorg omvat niet:

- opname als bedoeld in deze polisvoorwaarden.
- 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 ik op letten?

Een instelling voor eerstelijnsverblijf mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of een medisch specialist.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Wijkverpleging (verpleging en verzorging zonder verblijf)

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. Wie thuis verpleging en verzorging nodig heeft, kan terecht bij de wijkverpleegkundige.

Verpleging en verzorging zonder verblijf gaat om zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. 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 opname in een ziekenhuis of een andere instelling.
- kraamzorg.

Waar moet ik op letten?

- U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Dit zorgplan wordt opgesteld door uw zorgaanbieder. In het zorgplan moet de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf en de prestaties staan en 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

Als u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, mag de geïndiceerde zorg ook verleend worden door:

- een verzorgende C of D met een diploma op MBO-niveau 3.
- een helpende met diploma Helpende Zorg en Welzijn op MBO-niveau 2.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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

- 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 www.hollandzorg.com/nl/formulieren. 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 staat over welke zorg het gaat, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland) meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u een bedrag 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. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan betaalt u zelf het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget.

Ziekenvervoer

Ambulancevervoer

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

Het gaat om:

- a. vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
- b. vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)
- c. vervoer naar GGZ-zorg die onder de Jeugdwet valt
- d. vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
 1. een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
 2. een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
- e. vervoer vanaf één van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m d terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

LET OP: Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt alleen onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

LET OP: Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen 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 ik op letten?

Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

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

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

U moet in 2 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 (spoed).

Bij de aanvraag voor het vervoer moet een rapport van de behandelend arts meegestuurd worden 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?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Ziekenvervoer

U heeft recht op ziekenvervoer. Ziekenvervoer is vervoer met de (eigen) auto, taxi (geen ambulance) of het openbaar vervoer, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer.

Het vervoer bestaat uit:

- vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
- vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)
- vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
 - een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen

d. vervoer vanaf één van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m c terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen

Hierbij moet sprake zijn van één 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 18 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 is € 0,38 per kilometer. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route (als er geen vertragingen zijn) 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?

U heeft ook recht op ziekenvervoer als u voor 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 het ziekenvervoer.

Voorbeeld: u moet 12 weken lang 3 keer per week voor een behandeling naar het ziekenhuis, dat 40 km van uw woonplaats ligt. De formule voor recht op vergoeding is dan $12 \times 3 \times 40 \times 0,25 = 360$. In dit geval heeft u dan recht op het ziekenvervoer.

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 2 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.

Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

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 3 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 (vanaf uw huis) en op vergoeding van kosten van 2 of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De vergoeding voor de kosten van overnachtingen is maximaal € 89,00 per nacht. U regelt uw overnachting zelf. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar de behandellocatie en terug naar uw logeeradres wordt niet vergoed.

Waar moet ik 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 openbaarvervoersbedrijf.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of een medisch specialist.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Daarbij bepalen wij of u recht heeft op ziekenvervoer met de (eigen) auto, met het openbaar vervoer of met de taxi. 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.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, maximaal € 118,- 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 die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan.
- 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 op kosten van de Wlz, die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan, 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 en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Ziekenhuiszorg

Medisch-specialistische zorg (algemeen)

U heeft recht op medisch specialistische zorg (algemeen) en opname daarvoor. Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen ook:

- hulpmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- geneesmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- voorwaardelijk toegelaten medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen niet:

- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw)
- besnijdenis van mannelijke verzekerden (circumcisie), behalve als het medisch noodzakelijk is
- behandeling van asymmetrische afplatting van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplatting centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van jonge kinderen met een redressiehelm zonder vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose)
- geneesmiddelen zoals 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/nl/voorwaarden.
- uitwendige hulpmiddelen bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, inclusief ketonen teststrips en insulinepompen.
- laboratoriumonderzoek op verzoek van een alternatieve zorgaanbieder.

LET OP: Onder de dekking van medisch specialistische zorg (algemeen) valt niet de zorg waarvan de dekking op een andere plaats in deze polisvoorwaarden is opgenomen, zoals transplantatiezorg of revalidatiezorg.

Verblijf buiten de instelling

U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf in de buurt van de instelling van uw behandeling als dat medisch noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg en niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Er zijn wel enkele voorwaarden aan verbonden, namelijk 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 minder dan 60 minuten is.

De vergoeding van de kosten van overnachtingen zijn maximaal € 89,00 per nacht. U regelt het verblijf zelf.

Plastische chirurgie

Plastische chirurgie valt alleen onder de medisch-specialistische zorg als het gaat om:

- 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, als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of aangeboren chronische aandoening.
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urinewegen of geslachtsorganen.
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen niet:

- behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden, die geen ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of aangeboren chronische aandoening
- liposuctie van de buik
- een plastisch-chirurgische behandeling voor borstreconstructie of vervanging van een borstprothese, behalve 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
- een buikwandcorrectie (abdominoplastiek), behalve bij een verminking of ernstige functiebeperking

Waar moet ik op letten?

Een ziekenhuis, een medisch specialist of kaakchirurg die buiten een ziekenhuis werkt en een zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen. Een ziekenhuis en een zelfstandig behandelcentrum mogen de opname bieden. In geval van verblijf buiten de instelling mag u zelf uw verblijfplaats bepalen.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

Ja, voor vergoeding van behandelingen die op de 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' en de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie' staan, moet u schriftelijke toestemming hebben, voordat u de zorg krijgt. Deze overzichten kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Uw medisch specialist weet voor welke behandelingen toestemming aangevraagd moet worden en aan welke voorwaarden u moet voldoen om in aanmerking te komen voor toestemming. De meeste ziekenhuizen zijn aangesloten op het landelijk machtigingen portaal. Uw medisch specialist kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw medisch specialist krijgt van ons, via het machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag. Als u een medisch specialist bezoekt die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of als u naar het buitenland gaat voor een behandeling, dan moet u voor het recht op vergoeding zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdat de behandeling start. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een rapport van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van het probleem, het voorgestelde behandelplan (zorgactiviteit), de medische noodzaak voor opname en, indien van toepassing, toepasselijke foto's zijn opgenomen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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 (spoedzorg). De geldigheidsduur van de verwijzing is 12 maanden, vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Audiologische zorg

U heeft recht op audiologische zorg. Audiologische zorg bestaat uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- 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 ik op letten?

Een audiologisch centrum mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of triage-audicien. De verwijzing is 12 maanden geldig, vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Dialyse zonder opname

U heeft recht op vergoeding van kosten van dialysezorg. Dialyse is een kunstmatige manier om het teveel aan afvalstoffen en vocht uit het lichaam te verwijderen als de nieren niet goed werken. Dialysezorg omvat niet-klinische bloeddialyse (haemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse). De dialysezorg kan plaatsvinden in een dialysecentrum of bij u thuis.

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

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

Ook heeft u recht op vergoeding van:

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

Waar moet ik op letten?

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

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een medisch specialist of klinisch technoloog.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Erfelijkheidsadviesing

U heeft recht op erfelijkheidsadviesing en opname daarvoor. Soms is er aanleg voor een erfelijke ziekte in uw familie. Dat kan onderzocht worden. Erfelijkheidsadviesing bestaat uit:

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

Waar moet ik op letten?

Een centrum voor erfelijkheidsadviesing mag de zorg verlenen en de opname bieden.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. De verwijzing is 12 maanden geldig, vanaf de datum waarop de verwijzing is afgegeven.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Ivf en icsi

U heeft recht op de 1e, 2e en 3e ivf-poging of icsi-behandeling en de daarbij horende medicatie als u jonger bent dan 43 jaar bij de start van de poging en er sprake is van een medische indicatie. Als u jonger bent dan 38 jaar heeft u bij de 1e en 2e poging recht op terugplaatsing van maximaal 1 embryo.

IVF is een afkorting voor in-vitrofertilisatie. Een ivf-behandeling bestaat uit:

1. Een hormonale behandeling om de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw te bevorderen.
2. Een follikelpunctie.
3. De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium.
4. Het terugzetten van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte van de vrouw met als doel zwangerschap te laten ontstaan.

De ICSI-behandeling is een bijzondere vorm van een ivf-behandeling. icsi staat voor 'intracytoplasmatische sperma injectie'. Bij een icsi-behandeling vindt er een extra handeling in het laboratorium plaats.

Een ivf-poging telt pas als poging als een follikelpunctie is geslaagd, ongeacht de kwaliteit (bijvoorbeeld rijp of onrijp) of het aantal bij de punctie verkregen eicellen. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het totaal aantal van 3 pogingen. Een ivf-poging na een doorgaande zwangerschap telt als een nieuwe, 1e poging. Dat geldt ook als die zwangerschap voortijdig is afgebroken. Een icsi-poging is in dat opzicht gelijk aan een ivf-poging.

In dit verband is een doorgaande zwangerschap:

- een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd
- als sprake is van het terugplaatsen van ingevroren bewaarde embryo('s), een zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf het moment van implantatie van de ingevroren bewaarde embryo('s)
- een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste 12 weken na de datum van de laatste menstruatie.

Waar moet ik op letten?

Een ivf-centrum mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Buitenland

Het is mogelijk dat uw ivf- of icsi-behandeling en bijbehorende medicatie niet volledig vergoed wordt als u deze ondergaat in het buitenland. Daarom adviseren wij u om voor u aan het behandeltraject begint bij ons te informeren wat de hoogte van de vergoeding zal zijn voor het geplande traject. Zo komt u niet voor financiële verrassingen te staan. Als een opname deel uitmaakt van de zorg heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig voordat u de zorg krijgt.

Mechanische beademing

U heeft recht op mechanische beademing en opname daarvoor. Dat kan in een beademingscentrum of bij u thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Wat valt onder deze zorg in een beademingscentrum?

- de noodzakelijke mechanische beademing
- de medisch-specialistische zorg, de geneesmiddelenzorg en de verpleging en verzorging
- de opname daarvoor

Wat valt onder deze zorg als de mechanische beademing thuis plaats vindt?

- de medisch specialistische en geneesmiddelenzorg voor de mechanische beademing
- de apparatuur voor de mechanische beademing. Het beademingscentrum regelt dat de apparatuur voor elke behandeling klaar is voor gebruik.
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten (stroomkosten) bij chronische mechanische beademing.

Waar moet ik op letten?

- Een beademingscentrum mag de zorg verlenen en de opname bieden.
- Het declaratieformulier tegemoetkoming stroomkosten thuisbeademing is te bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/formulieren.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist of klinisch technoloog

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Transplantatiezorg

U heeft recht op transplantatiezorg en opname daarvoor. Dit geldt voor transplantaties van weefsels en organen in Nederland.

Gaat u naar het buitenland? Dan heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van de transplantatiezorg als de transplantatie plaatsvindt in een ander EU- of EER-land. Of in het land waar de donor woont als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad is.

Mensen met een niet of slechtwerkend orgaan kunnen in aanmerking komen voor een transplantatie.

De persoon die het orgaan of het weefsel krijgt, is de ontvanger. De persoon die het orgaan of weefsel geeft, is de donor.

Ontvanger

Als de ontvanger heeft u recht op vergoeding van de volgende kosten van transplantatiezorg:

- a. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor.
- b. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.
- c. kosten van het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het transplantatiemateriaal van een overleden donor, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- d. de zorg voor de donor tot maximaal 13 weken na 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. Bij een levertransplantatie is dat een half jaar. De kosten worden vergoed uit de verzekering van de ontvanger. Als deze termijn afgelopen is vallen de kosten onder de zorgverzekering van de donor.
- e. kosten van het vervoer van de donor. Het gaat dan om de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland. Of, als dat medisch noodzakelijk is de kosten van vervoer per auto binnen Nederland. Dit in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan is het vervoer op kosten van de zorgverzekering van de donor.
- f. kosten van het vervoer van de donor van en naar Nederland als de donor voor een nier, beenmerg- of levertransplantatie in het buitenland woont en de transplantatiezorg in Nederland plaatsvindt. Dit geldt niet als de donor een zorgverzekering heeft. Dan is het vervoer op kosten van de zorgverzekering van de donor.
- g. 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 misgelopen inkomsten.

Donor

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:

- h. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal, via de zorgverzekering van de ontvanger.

- i. kosten van de zorg die u krijgt die verband houdt met de selectie of operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal. De kosten tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling vallen onder de zorgverzekering van de ontvanger. Voor levertransplantaties is deze termijn een half jaar. Als deze termijn is verstreken vallen de kosten onder uw eigen zorgverzekering.
- j. uw vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland. Dit in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel i.
- k. 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.
- l. overige kosten voor de transplantatie als deze verband houden met het wonen in het buitenland, via de zorgverzekering van de ontvanger. Hieronder vallen niet de verblijfskosten in Nederland en misgelopen inkomsten.

Waar moet ik op letten?

Een transplantatiecentrum mag de transplantatiezorg verlenen en de opname daarvoor bieden.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, 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?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico van de ontvanger?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico van de donor?

Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Trombosezorg

U heeft recht op trombosezorg. Mensen die antistollingsmedicijnen gebruiken, krijgen begeleiding en regelmatig metingen van hun bloedwaarden.

Trombosezorg bestaat uit:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters.
- het verrichten van noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor het bepalen van de stollingstijd van uw bloed door of onder de verantwoordelijkheid van een trombosedienst.
- beschikking over 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.
- advies aan u over de toepassing van geneesmiddelen voor het beïnvloeden van de bloedstolling.

Waar moet ik op letten?

Een trombosedienst mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verloskundige.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/tarieven onder medisch-specialistische zorg.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg en opname daarvoor. U komt ervoor in aanmerking als u slechtziend, blind, slechthorend en/of doof bent of een ernstige spraak-taalontwikkelingsstoornis heeft. Het gaat om multidisciplinaire zorg die is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking om zo zelfstandig mogelijk te leven. Multidisciplinaire zorg betekent dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn.

De zorg bestaat uit:

- onderzoek naar de aard en de ernst van uw beperking.
- behandelingen die zich richten op het psychisch leren omgaan met de beperking.
- behandelingen die de beperking opheffen of compenseren en daarmee uw zelfredzaamheid vergroten.
- de medebehandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen om u heen. Zij leren vaardigheden in uw belang. De medebehandeling van hen valt onder de dekking van uw basisverzekering.

Beperking bij het zien

Voorwaarden voor het recht op de zorg bij een beperking bij het zien zijn:

- 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 daardoor ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Beperking bij het horen

Voorwaarden voor het recht op de zorg bij een gehoorbeperking zijn:

- Drempelverlies bij het audiogram is ten minste 35 dB, 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

Voorwaarden voor het recht op de zorg bij ernstige spraak- en taalmoeilijkheden zijn:

- U bent niet ouder dan 22 jaar.
- U heeft ernstige problemen 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 ik op letten?

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg mag de zorg verlenen en de opname bieden.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een medisch specialist of van een klinisch fysisch-audioloog. Een 2e of volgende verwijzing moet u hebben van een medisch specialist, klinisch fysisch-audioloog, jeugdarts of huisarts.

Een 2e of volgende verwijzing is niet nodig als u een visuele beperking heeft en voldoet aan de volgende voorwaarden:

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

Een 2e of volgende verwijzing is ook niet nodig als de verzekerde jonger is dan 18 jaar en de verzekerde heeft een nieuwe hulpvraag die het gevolg is van een voorspelbare behandelbehoefte door het opgroeien van de verzekerde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker.

Aanvullende verzekering Flexpolis No Risk I

De Flexpolis No Risk I heeft 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.

De aanvullende verzekering is daarnaast gebaseerd op de gegevens die u (verzekeringnemer) heeft opgegeven bij uw aanvraag voor de aanvullende verzekering en op afspraken in verband met een collectiviteit waar u aan deelneemt.

Flexpolis No Risk I sluiten en stopzetten

1. Wanneer kan ik 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 wilt verzekeren ook een basisverzekering heeft.
- u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Salland Zorgverzekeraar N.V. of Salland 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 ik de Flexpolis No Risk I?

Uw werkgever of een andere (rechts)persoon waarmee wij een collectief zorgcontract 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 ons daarmee een volmacht heeft gegeven voor het beëindigen van uw aanvullende ziektekostenverzekering bij de vorige zorgverzekeraar. Als u dit niet wilt, moet u 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 (collectief zorgcontract) 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 redenen 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. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?

U (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve tijdens de periode dat de dekking van de Flexpolis No Risk I is opgeschort (tijdelijk stopgezet) 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 3 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	
Verplicht eigen risico	100%

U heeft recht op de vergoeding van de kosten die vallen onder uw verplicht eigen risico.

Flexpolis No Risk II

De Flexpolis No Risk II heeft 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 is 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.

De aanvullende verzekering is daarnaast gebaseerd op de gegevens die u (verzekeringnemer) heeft opgegeven bij uw aanvraag voor de aanvullende verzekering en op afspraken in verband met een collectiviteit waar u aan deelneemt.

Flexpolis No Risk II sluiten en stopzetten

1. Wanneer kan ik 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 Salland Zorgverzekeraar N.V. of Salland 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 I en II kan worden gesloten.

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

2. Hoe sluit ik 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.

U krijgt de Flexpolis No Risk II automatisch als HollandZorg daarover afspraken heeft gemaakt in het kader van een collectiviteit.

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. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?

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

Verzekeringsdekking algemeen

6. Wanneer heb ik 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.

Is voor de zorg een richtlijn/zorgstandaard/kwaliteitsstandaard vastgesteld? Dan heeft u recht op (vergoeding van kosten van) de zorg, als de zorg volgens die standaard is verleend. De actuele zorgstandaarden zijn te bekijken en te downloaden via www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten. Wijkt uw zorgaanbieder af van de richtlijn/zorgstandaard/kwaliteitsstandaard? Dan heeft u alsnog recht op (vergoeding van kosten van) de zorg als uw zorgaanbieder aantoont dat afwijking daarvan in uw geval medisch gezien noodzakelijk is en uw zorgaanbieder dit motiveert in uw medisch dossier.

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 schriftelijk 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. 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 alsof het contract nog bestond.

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 polisvoorwaarden;
- die vallen onder het verplicht eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze polisvoorwaarden;
- die vallen onder de wettelijke eigen bijdrage, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze polisvoorwaarden;
- 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 ongeofende niet zonder bezwaar, beoefenbaar of begaanbaar zijn;

- door wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen, snowboarden en skiën binnen de piste;

U heeft geen recht op vergoeding van kosten 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 3 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.

Het Convenant Samenloop bevat afspraken over de verdeling van de kosten door zorgverzekeraars en reisverzekeraars. Bent u verzekerd op grond van een (reis)verzekering met dekking voor medische kosten in het buitenland bij een (reis)verzekeraar die niet het Convenant Samenloop heeft ondertekend? Dan geldt onze aanvullende verzekering als excedentverzekering. Dan heeft u alleen recht op vergoeding als die medische kosten in het buitenland uitstijgen boven de dekking van die (reis)verzekering.

Dat geldt ook voor kosten die die andere (reis)verzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorgesloten.

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	
Medisch noodzakelijke repatriëring wereldwijd	100 %

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.

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 tijdens 14 dagen na het eindigen van uw Flexpolis No Risk II.

Waar moet ik 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	
Vervoer stoffelijk overschot wereldwijd	maximaal € 15.000,-

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

Waar moet ik op letten?

Wij organiseren het vervoer. Daarom moet uw vertegenwoordiger contact opnemen met de HollandZorg calamiteitenlijn: +31 (0)570 687 110. Als er geen gebruik wordt gemaakt van de calamiteitenlijn, is er geen vergoeding.

Geneesmiddelenzorg

Flexpolis No Risk II	
Geneesmiddelenzorg	100 %

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

Spoedeisende mondzorg in Nederland

Flexpolis No Risk II	
Spoedeisende mondzorg in Nederland	maximaal € 200,- per kalenderjaar

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/nl/voorwaarden.

Waar moet ik 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.

Is er een verwijzing nodig?

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/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via 0570-687 123.

Begrippenlijst

Wat betekenen alle begrippen?

In deze polisvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

De met Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. gesloten of te sluiten overeenkomst van schadeverzekering. In deze verzekering is een aantal 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, vaartuig of helikopter als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen.

Apotheekbereiding

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

Audiologisch centrum

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

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 Sociaal Geneeskundigen van de 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 (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bekkenoefentherapeut

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

Bekkenoefentherapie

Zorg die bekkenoefentherapeuten plegen te bieden.

BRP

Basisregistratie personen.

BSN

BSN staat voor burgerservicenummer. U vindt uw BSN bijvoorbeeld op uw rijbewijs of identiteitsbewijs.

Bureau Jeugdzorg

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

CAK

Centraal Administratie Kantoor, 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 mondzorg 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.

Erfelijkheidsadviesing onderzoekt of uw klachten, de klachten van uw kind of de klachten van andere familieleden een erfelijke oorzaak hebben.

Collectiviteit

Een overeenkomst tussen ons en een derde, zoals een werkgever of vereniging, waarin afspraken zijn opgenomen over voordelen waarvan in die overeenkomst beschreven personen, zoals werknemers

of leden, kunnen profiteren, 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.

Eigen risico

1. Verplicht eigen risico.

Het bedrag aan kosten van zorg die vallen onder de dekking van de basisverzekering, dat u zelf moet betalen en dat is vastgesteld door de overheid.

2. Vrijwillig eigen risico

Het bedrag aan kosten van zorg die vallen onder de dekking van de basisverzekering, dat u zelf moet betalen als u (verzekeringnemer) daarvoor heeft gekozen in aanvulling op het verplichte eigen risico. Als u hiervoor kiest, krijgt u (verzekeringnemer) korting op de zorgpremie. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Maar dit betekent ook dat u een hoger bedrag in 1 keer moet betalen als u zorg gebruikt die onder het eigen risico valt.

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, 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 volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Geboortecentrum

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

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 www.hollandzorg.com/nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31(0)570 687 123.

Geneesmiddeltekort

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.

Gehele verzekerde periode

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

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. Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Regeling zorgverzekering als onderling vervangbaar worden aangemerkt. Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Regeling zorgverzekering niet als onderling vervangbaar (inwisselbaar) worden aangemerkt.

Geriatriefysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Geriatric- oefentherapeut

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

Geriatrische fysiotherapie

Zorg die geriatricfysiotherapeuten plegen te bieden.

Geriatric oefentherapie

Zorg die geriatric- oefentherapeuten plegen te bieden.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog is ingeschreven in het register 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 B.V.

HollandZorg

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

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 jeugd tandverzorging

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

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).

Integrale geboortezorgorganisatie

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

Intensieve kindzorg

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

- behoefte is aan permanent toezicht; of
- er 24 uur per dag zorg beschikbaar moet zijn en tegelijk met die zorg verpleegkundige handelingen worden verricht.

Ivf-centrum

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen voor het verlenen van ivf.

Jeugdarts

Een arts die:

- als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG; of
- als jeugdarts is ingeschreven in het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG.

In beide gevallen moet het gaan om een arts die jeugdgezondheidszorg verleent als bedoeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Jeugdverpleegkundige (jgz-verpleegkundige)

Een verpleegkundige met een afgeronde post HBO-opleiding jeugdverpleegkunde.

Kaakchirurg

Een specialist Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie 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 Aangezichts chirurgie.

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 (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel 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 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. De klinisch fysicus - audioloog onderzoekt problemen met het gehoor bij kinderen en volwassenen met complexe gehoorproblemen, zoals hinderlijke tinnitus.

Klinisch Technoloog

Een klinisch technoloog (technisch geneeskundige) die als klinisch technoloog is ingeschreven in het register 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 volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

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

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kraamverzorgende

Een geschoolde zorgverlener die ondersteuning en verzorging geeft bij de bevalling (naast de verloskundige hulp door de verloskundige) en gedurende de kraamtijd aan de moeder 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 of huidtherapie 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 (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel 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 3 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 volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Medisch specialist

Een arts die als specialist met een wettelijk 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. Wij hanteren bij veel zorgvormen 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. 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.

NIPT

Niet-invasieve prenatale test.

NVLF

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

NZa

Nederlandse zorgautoriteit

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie. Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oedeemtherapie en lymfedrainage

Zorg die oedeemtherapeuten 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 iedereen 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 iedereen openstaand personenvervoer volgens een vaste boottendienst.

Opname

Medisch noodzakelijk verblijf met een duur van 24 uur of langer tijdens een onafgebroken periode van maximaal 1095 dagen (3 jaar).

Een onderbreking van de opname van maximaal dertig dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen 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.

Opname 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 mantelzorgverlener te ontlasten (respijtzorg)

Onder opname valt niet verblijf in het kader van eerstelijnsverblijf.

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.

Overig zorgproduct (ozp)

Een prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, wat geen dbc-zorgproduct is.

Pedicure

Een pedicure die:

- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of medisch pedicure (MP); of
- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) 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 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).

Podotherapie

Zorg die podotherapeuten plegen te bieden.

Podotherapeut

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

Polisvoorwaarden

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

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 plegen te bieden.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie. Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en/of het individueel 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 volgens 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.

Rekening

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 rekening, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg en de naam en de geboortedatum van de verzekerde. Een rekening (ook wel nota of factuur genoemd) moet daarnaast voldoen aan de wettelijke voorschriften voor het declareren van de zorg. Onder een rekening verstaan wij niet een offerte, voorschotnota, herinnering of aanmaning.

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.

Salland Zorgverzekeraar

De gehele organisatie van rechtspersonen die direct of indirect vallen onder Coöperatie Salland U.A.

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.

Setting

Het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende beroepen.

SKGZ

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

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-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

Straatdokter

Een arts die als straatarts is aangesloten bij de Nederlandse Straatdokers 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 6 aaneengesloten maanden.

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming van ons voor de afname van bepaalde zorg, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

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 CvC 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/uw

Waar in deze polisvoorwaarden 'u' staat, is de verzekerde bedoeld. Waar in deze polisvoorwaarden 'u (verzekeringnemer)' staat, is de verzekeringnemer bedoeld. Waar in deze polisvoorwaarden '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.

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 1 jaar), Bosnië-Herzegovina, Noord-Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije, Verenigd Koninkrijk (Engeland, Noord-Ierland, Schotland en Wales) en Zwitserland.

Verloskundige

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

Verpleegkundig specialist

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

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, gericht aan 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.

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 en eventueel gekozen vrijwillig eigenrisico.

Wij

Waar in deze polisvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, is 'Salland Zorgverzekeraar N.V.' bedoeld. In geval van een verwijzing naar aanvullende verzekeringen is 'Salland 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 drogist 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 en/of gecombineerde leefstijlinterventie 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 en/of gecombineerde leefstijlinterventie 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 één of een paar eenvoudige vragen 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 eenvoudig beantwoord kunnen worden.

Zorgverzekering

Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.