HollandZorg

Polisvoorwaarden 2027

Basisverzekering
Aanvullende verzekeringen
Tandartsverzekeringen



Geldig vanaf 1 januari 2027

HollandZorg is een handelsnaam van Salland Zorgverzekeraar N.V.
en Salland Aanvullende Verzekeringen N.V.

Bekijk online versie >

Inhoudsopgave

Belangrijk om te weten . . . 4
- Contact en service . . . 4
- Zorgzoeker . . . 4
- Online declareren . . . 4
- Toesturen documenten . . . 4
- Eigen risico . . . 4

Algemene bepalingen . . . 6
- Algemeen . . . 6
- Rekeningen en betalingen . . . 6
- Verzekeringen afsluiten en stopzetten . . . 8
- Premie . . . 11
- Belangrijke regels . . . 12

Basisverzekering . . . 17
- Specifieke bepalingen voor de basisverzekering . . . 17
- Grondslagen en redenen voor weigering . . . 17
- Premie . . . 18
- Eigen risico . . . 19
- Verzekeringsdekking algemeen . . . 21
- Dekking en vergoeding in Nederland . . . 22
- Dekking en vergoeding in het buitenland . . . 23
- Omzetplafonds en volumeafspraken . . . 24
- Hinderpaal . . . 25

Dekking per zorgvorm . . . 26
- Geboortezorg . . . 26
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) . . . 29
- Geneesmiddelenzorg . . . 32
- Huisartsenzorg . . . 36
- Hulpmiddelen . . . 37
- Mondzorg en orthodontie in bijzondere gevallen . . . 38
- Overige zorg . . . 41
- Paramedische zorg . . . 43
- Preventie . . . 48
- Revalidatiezorg . . . 51
- Second opinion . . . 52
- Verpleging en verzorging . . . 53
- Ziekenvervoer . . . 55
- Ziekenhuiszorg . . . 58
- Zintuiglijk gehandicaptenzorg . . . 65

Aanvullende verzekeringen Compact, Start, Extra, Plus . . . 67
- Voorwaarden voor de aanvullende verzekering . . . 67

Aanvullende verzekering afsluiten en stopzetten . . . 67
Premie . . . 68
Verzekeringsdekking algemeen . . . 69
Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen . . . 69
Dekking en vergoeding per zorgvorm . . . 71
Alternatieve geneesmiddelen en alternatieve geneeswijzen . . . 71
Brillen en lenzen . . . 72
Buitenland . . . 73
Fysiotherapie en oefentherapie . . . 74
Geneesmiddelenzorg . . . 76
Gezinsplanning . . . 76
Mantelzorgmakelaar . . . 79
Preventie . . . 79
Spoedeisende mondzorg in Nederland . . . 81
Uiterlijke verzorging . . . 82
Verblijf . . . 83
Vervoer en ziekenbezoek . . . 83
Overige zorg . . . 84
Zorg en advies bij hormonale schommelingen . . . 85
Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus . . . 86
Voorwaarden voor de tandartsverzekering . . . 86
Dekking en vergoeding . . . 86
Begrippenlijst . . . 89
Premiebijlage . . . 104

Belangrijk om te weten

Contact en service

Alle informatie over de 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/particulier/klantenservice/vragen. 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/contact).

Klantenservice: +31 (0)570 687 123 (maandag t/m vrijdag 8.00 tot 18.00 uur; ook voor wachtlijstbemiddeling en zorgadvies)

Alarmcentrale: +31 570 687 112 (standaard tarief; alleen voor spoedeisende hulp in het buitenland). De alarmcentrale is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

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 hollandzorg.z-zoeker.nl.

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

Online declareren

Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de rekening online declareren via Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com). 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 Mijn HollandZorg-app declareert u eenvoudig uw zorgkosten. Vul uw gegevens in, maak een foto van de rekening en verstuur deze met één druk op de knop. Wij betalen in de meeste gevallen de declaratie binnen 3 werkdagen uit.

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 hulpmiddelen. Alle documenten die online te vinden zijn, kunnen we op verzoek ook toesturen.

Eigen risico

Bij elke basisverzekering heeft u te maken met het eigen risico. Dit is het bedrag aan zorg dat u zelf betaalt voordat u de zorgkosten vergoed krijgt. 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 2027 is het bedrag € 400. Dat betekent dus dat u voor het jaar 2027 nooit meer dan dit bedrag aan verplicht eigen risico betaalt.

Uitzonderingen eigen risico

U betaalt niet voor alle zorg uit de basisverzekering verplicht 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. Hoe dit precies werkt, kunt u zien in de rekenvoorbeelden.

Voorbeeld 1: verplicht eigen risico

In 2027 maakt u gebruik van ziekenhuiszorg voor een bedrag van € 415. Het verplicht eigen risico is € 400.

Dit bedrag betaalt u zelf. Wij vergoeden het bedrag dat daarna overblijft. De vergoeding is € 15 (€ 415 - € 400).

U heeft nu het hele bedrag van het verplicht eigen risico voor 2027 betaald. Over nieuwe zorgkosten voor het jaar 2027 houden wij geen verplicht eigen risico meer in.

Voorbeeld 2: verplicht eigen risico

U maakt in 2027 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 2027 nog een verplicht eigen risico over van € 315 (€ 400 - € 85).

Voorbeeld 3: wettelijke eigen bijdrage en verplicht eigen risico

In 2027 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 € 400.

Deze kosten betaalt u ook zelf. U heeft voor het jaar 2027 nog een verplicht eigen risico over van € 313 (€ 400 - € 87).

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-behandelcombinatie) 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:
- Op Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com) of met de 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 de originele rekening zijn.

- Wij sturen een rekening niet aan u terug. Op verzoek kunnen wij wel een gewaarmerkte kopie van de rekening 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 opgesteld in het Latijns schrift, het alfabet dat voor bijna alle westerse talen wordt gebruikt. 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/forms).
- Met een rekening voor Zvw-pgb stuurt u een ingevuld en ondertekend declaratieformulier Zvw-pgb mee (te downloaden via www.hollandzorg.com/forms).
- 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 beëindigd. 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 beëindiging van de dbc of het dbc-zorgproduct, vergoeden wij nooit.

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 3 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.

Wij kunnen u vragen om meer informatie om na te gaan of de gedeclareerde 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 te veel betaalde in rekening brengen. U (verzekerde/verzekeringnemer) moet dan het te veel 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 betalingen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) kunt onze rekeningen betalen via:
- automatische incasso
- iDEAL vanuit Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com)
- 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.

2.7. Rente en incassokosten

Betaalt u (verzekerde/verzekeringnemer) de premie of andere aan ons verschuldigde bedragen niet op tijd? Dan kunnen wij wettelijke rente en incassokosten in rekening brengen. Eerst ontvangt u van ons schriftelijk bericht waarin wij u melden dat u niet op tijd heeft betaald. In de brief staat ook dat u (verzekerde/verzekeringnemer) de mogelijkheid krijgt om het verschuldigde bedrag, zonder extra kosten (rente en incassokosten), alsnog te betalen binnen 14 dagen vanaf de dag nadat het bericht bij u is bezorgd. Pas als u na deze 14 dagen nog niet alles heeft betaald, brengen wij de wettelijke rente en incassokosten in rekening over het niet-betaalde bedrag. De hoogte van de incassokosten vermelden wij in het bericht aan u en is in overeenstemming met het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.

3. Verzekeringen afsluiten en stopzetten

3.1. Hoe sluit ik een verzekering af?

U (verzekeringnemer) kunt zich online aanmelden voor een verzekering via aanvraag.hollandzorg.com. Op verzoek sturen wij een aanvraagformulier toe. 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 af 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/verzekeringnemer) 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 1 maand na ontvangst van de polis melden. Krijgen wij binnen 1 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 bedenk?

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 kunt u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/contact
- via Mijn HollandZorg (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 kunt u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/contact
- via Mijn HollandZorg (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 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 geen, 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/contact; 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.

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 1^{e} dag van een maand, wordt de premie voor die 1^{e} maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

Het kan voorkomen dat wij op grond van de wet of een verdrag in verband met uw verzekering een belasting of andere heffing moeten betalen in Nederland of in het buitenland. In dat geval kunnen wij 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.

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 bankrekeningnummer, 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 aan HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/contact

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 +31 (0)570 687 123.
- 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/forms. 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 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/privacy.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij Stichting CIS. 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 privacy statement 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 geheimhouding nodig hebben, bijvoorbeeld omdat u in een opvangtehuis verblijft. Als u vindt dat die extra geheimhouding voor u nodig is, kunt u bij uw gemeente extra geheimhouding van uw persoonsgegevens in de basisregistratie personen (BRP) aanvragen. Na verwerking door de gemeente zijn uw persoonsgegevens extra beschermd. Deze aangepaste registratie nemen wij automatisch over. Zo kunnen wij daar rekening mee houden.

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.
- 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 die is verleend door uzelf of door uw partner, een gezinslid of een familielid (bloedverwant) in de eerste of tweede graad. In uitzonderlijke gevallen kunnen wij hiervan afwijken:

- Toont u aan dat het echt noodzakelijk is dat uw partner, gezinslid of het familielid in de eerste of tweede graad de zorg verleent en dat een andere zorgaanbieder die zorg niet kan verlenen? Dan kunnen wij voordat de zorg start schriftelijke toestemming verlenen voor het recht op (vergoeding van kosten van) die zorg door uw partner of dat gezinslid of familielid.
- Zorg die u krijgt via een Zvw-pgb mag in beginsel wel door uw partner, gezinslid of familielid worden verleend, tenzij dit is uitgesloten op grond van het Reglement Zvw-pgb.

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 muiterij 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 gedeponeerd.

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@salland.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@salland.nl of via bovenstaand adres. Als uw vorige zorgverzekeraar geen periode heeft aangegeven, geldt de toestemming tot maximaal 1 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 (recept) 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 via het klachtenformulier op www.hollandzorg.com/nl/klacht
- een schriftelijk verzoek aan HollandZorg, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

Reageren wij niet binnen 4 weken op het verzoek of bent u niet tevreden over onze reactie? Dan kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). 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 afgesloten 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 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 afsluiten. 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 afsluiten 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 komt niet in de BRP voor of wijkt af 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 1 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. 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.

4.2. 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.

4.3. 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 schuldhulpverlening.

4.4. 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 zodra 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.

4.5. 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 zodra 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, of aan de burgerlijke rechter.

4.6. 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.

4.7. Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van 6 maandpremies of meer, 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 4.4 tot en met 4.7 hebben gehouden. Wij doen geen melding bij het CAK:

- als de premieachterstand op tijd is betwist als bedoeld in 4.4, maar wij nog geen reactie hebben gegeven.
- gedurende de termijn van 4 weken als bedoeld in 4.5.
- als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.5 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist.
- als u (verzekeringnemer) zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoont 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, 4^{e} punt, van de Specifieke bepalingen voor de basisverzekering.

4.8. 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 4.7, 4^{e} punt, 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 de wet uit te kunnen voeren, wisselen zorgverzekeraars gegevens uit over personen met een premieachterstand.

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.
- de kosten van het verkennend gesprek als onderdeel van de geneeskundige ggz.
- de kosten van het meekijkconsult en het meedenkadvies.
- 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 niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen zorgaanbieders of tussen zorgaanbieders en andere partijen (domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zorgverkeringswet). De samenwerking moet dan direct ten dienste staan van de levering van zorg of overige diensten die vallen onder de dekking van uw zorgverzekering.
- 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/voorwaarden.
- 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/voorwaarden.

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

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

Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor uw rekening blijven (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 in mindering te brengen, moet u (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

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

7. Geen vrijwillig eigen risico

U (verzekeringnemer) kunt niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

- de zorg (in 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/particulier/klantenservice/zorgservice. U kunt bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

In beginsel maakt u gebruik van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice 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.

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.

Uw zorgbaanbieder moet de zorg leveren volgens de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Is voor de zorg een richtlijn, zorgstandaard of kwaliteitsstandaard vastgesteld? Dan heeft u recht op (vergoeding van kosten van) de zorg, als de zorg volgens die standaard is verleend. De actuele kwaliteitsstandaarden zijn te bekijken en te downloaden via www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten. Wijkt uw zorgaanbieder af van de richtlijn, zorgstandaard of 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 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, een voorschrift (recept) 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

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

11.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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027.

11.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 11a. 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 11b.

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 (recept) 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 met spoed 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 via +31 570 687 112. 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- of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER- of Verdragsland naar keuze:

13.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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027.

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).

13.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 13b.

Als u woont of tijdelijk verblijft (waaronder ook tijdelijk verblijf voor geplande zorg) in een ander EU-, EER- of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER- 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice 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- 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027.
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 zijn opgesteld in het Latijns schrift, het alfabet dat voor bijna alle westerse talen wordt gebruikt. Ook moet de rekening een beschrijving van de verleende zorg bevatten. 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 zorg in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend formulier Declareren buitenlandse rekening mee. Het declaratieformulier kunt u downloaden via www.hollandzorg.com/forms.

> **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 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 (volumeafspraak).

Wij doen ons uiterste best om ervoor te zorgen dat afspraken over een omzetplafond geen gevolgen voor u hebben. U kunt 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 niet meer willen behandelen (voor de rest van het jaar)? Dan helpen wij u 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 in onze zorgzoeker om welke zorgaanbieders het gaat en wat de mogelijke gevolgen zijn. Deze informatie kunt u vinden via de HollandZorg Zorgzoeker (hollandzorg.z-zoeker.nl).

Hinderpaal

15. Hinderpaal en niet-gecontracteerde zorg

Vindt u dat de hoogte van de maximumvergoeding van de niet-gecontracteerde zorg het voor u feitelijk onmogelijk maakt om van die zorg gebruik te maken? Dan noemen we dat een hinderpaal. In dat geval kunt u ons een verzoek sturen om voor die niet-gecontracteerde zorg een hogere vergoeding toe te kennen. U kunt het verzoek doen via het contactformulier via www.hollandzorg.com/contact. Daarbij moet u aangeven om welke niet-gecontracteerde zorg het gaat, wanneer de zorg start en waarom volgens u sprake is van een feitelijke hinderpaal om van de zorg gebruik te maken. Binnen 10 werkdagen na inzending van het contactformulier nemen wij contact met u op.

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 in overleg 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 naast de kraamzorg 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 € 6 per uur. Voor kraamzorg zonder medische indicatie in een instelling (ziekenhuis, geboortecentrum of kraamhotel) is de wettelijke eigen bijdrage € 23,50 per dag voor de moeder en € 23,50 per dag voor de baby, plus dat deel van het tarief van de instelling per dag dat hoger is dan € 169.

Voorbeeld 1: U bent bevallen en krijgt thuis 49 uur kraamzorg. U betaalt dan 49 x 6 = € 294 zelf aan eigen bijdrage.

Voorbeeld 2: U bent bevallen zonder medische indicatie en verblijft met uw baby in het ziekenhuis of in een geboortecentrum. De maximale vergoeding is 2 x € 169 = € 338. Hier gaat een eigen bijdrage van 2 x € 23,50 = € 47 per dag vanaf. De totale vergoeding is dus € 338 - € 47 = € 291 per dag. Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of geboortecentrum per dag in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 291 per dag moet u zelf aan eigen bijdrage bijbetalen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Kraamzorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Prenatale screening

U heeft recht op prenatale screening. Prenatale screening omvat 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.

Het gaat om deze onderzoeken:
- de NIPT, als u daarvoor een medische indicatie heeft;
- invasieve diagnostiek (een 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 of grote structurele chromonsoomafwijkingen.

Waar moet ik op letten?
Een ziekenhuis mag de prenatale screening verrichten. Het ziekenhuis moet dan een vergunning daarvoor hebben op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek of een samenwerkingsafspraak hebben met een regionaal centrum voor prenatale screening met een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Is er een verwijzing nodig?
Ja, van een huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?
Nee, niet voor de NIPT.

Onder het eigen risico vallen wel de kosten van invasieve diagnostiek en eventueel ander 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder medisch-specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 ik 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 € 23,50 per dag voor de moeder en € 23,50 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 € 169.

> **Voorbeeld:** U bent bevallen zonder medische indicatie en verblijft met uw baby in het ziekenhuis of in een geboortecentrum. De maximale vergoeding is 2 x € 169 = € 338 per dag. Hier gaat een eigen bijdrage van 2 x € 23,50 = € 47 per dag vanaf. De totale vergoeding is dus € 338 - € 47 = € 291 per dag. Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum per dag in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 291 per dag moet u zelf aan eigen bijdrage bijbetalen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Verloskunde of medisch-specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 ik 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 assistant.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder medisch-specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)

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 valt 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. In de Lijst toegestane behandelingen ggz 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. U vindt de lijst via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

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 30 dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Is het in verband met uw behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1.095 dagen blijft opgenomen? Dan kunt u in overleg met uw zorgaanbieder een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

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

Waar moet 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 assistant, 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 na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de regiebehandelaar jeugd-ggz, dan mag deze zorgaanbieder de behandeling voortzetten tot 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), bedrijfsarts of straatdokter:

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

Dit geldt niet voor het verkennend gesprek. Voor een verkennend gesprek heeft u een verwijzing van uw huisarts nodig.

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 1 jaar na afsluiten van een voorgaand zorgtraject.
- bij vervolg nadat de behandeling is gestart binnen de acute ggz (ggz aan u in een crisissituatie waarbij het vermoeden bestaat dat u een acute psychiatrische stoornis heeft).
- bij een doorverwijzing tussen zorgaanbieders voor ggz.

De 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, als het gaat om geneeskundige ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in combinatie met opname.

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

Bezoekt u een zorgaanbieder die niet aangesloten is op het Machtigingenportaal of gaat u naar het buitenland 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 eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Dit geldt niet voor de kosten van het verkennend gesprek. De kosten van het verkennend gesprek zijn vrijgesteld van het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Geestelijke gezondheidszorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Geneesmiddelenzorg

Geneesmiddelenzorg

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) bestaat uit de terhandstelling (uitgifte door de apotheek) van de hierna bij punt 1 tot en met 4 genoemde geneesmiddelen en dieetpreparaten. Geneesmiddelenzorg omvat daarnaast ook het advies en de begeleiding die apothekers plegen te bieden voor de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

1. U heeft recht op de hierna onder a tot en met d genoemde, geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in de bijlage 1 of bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

   Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat specifieke voorwaarden voor de levering van de in bijlage 2 genoemde geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan de voorwaarden van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

   De inhoud van Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

   a. U heeft recht op de geregistreerde geneesmiddelen uit een groep geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn en voor zover die door ons zijn aangewezen. U heeft dan geen recht meer op een ander geneesmiddel, behalve als er een medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt b en c hierna). Wij hebben de volgende geneesmiddelen aangewezen:
      i. de geneesmiddelen op de Lijst preferente geneesmiddelen. Wij noemen deze geneesmiddelen preferente geneesmiddelen. De actuele Lijst preferente geneesmiddelen kunt u bekijken via https://www.hollandzorg.com/nl/over-ons/preferentiebeleid. Heeft u recht op een preferent geneesmiddel? Dan heeft u geen recht op een ander geneesmiddel, behalve als er medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt b en c hierna). Wij kunnen de Lijst preferente geneesmiddelen maandelijks wijzigen. Op verzoek zenden wij de lijst toe.
      ii. als wij geen preferent geneesmiddel als bedoeld onder i binnen een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen hebben aangewezen, dan hebben wij aangewezen als geneesmiddel:
         - het goedkoopste geneesmiddel binnen de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Het goedkoopste geneesmiddel is het geneesmiddel met de laagste apotheekinkoopprijs (AIP) volgens de G-Standaard. U kunt het goedkoopste geneesmiddel en de prijs daarvan navragen via www.hollandzorg.com/contact. Of vraag het na bij uw apotheek;
         - of het geneesmiddel dat maximaal 3 % duurder is dan het goedkoopste geneesmiddel uit dezelfde groep.
   b. Als er sprake is van een medische noodzaak ('MN') heeft u recht op een ander geneesmiddel dan het aangewezen geneesmiddel. Een medische noodzaak betekent dat het medisch gezien onverantwoord is dat u het aangewezen geneesmiddel gebruikt. Op basis van zorginhoudelijke criteria heeft u een ander geneesmiddel nodig. 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. 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.

c. Als sprake is van een logistieke noodzaak ('LN") heeft u in afwijking van a en b hiervoor recht op het door de apotheek gekozen geneesmiddel. Er is logistieke noodzaak als een geneesmiddel langere tijd niet verkrijgbaar is in Nederland en er in de tussentijd geen ander beschikbaar geneesmiddel is aangewezen. Voor preferente geneesmiddelen geldt daarbij dat er in de tussentijd geen ander preferent geneesmiddel is aangewezen. Uw apotheek kiest dan op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt. Bij twijfel neemt de apotheek contact op met de voorschrijver voor overleg en afstemming over het andere geneesmiddel.
d. U heeft recht op alle geregistreerde geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn.

2. U heeft recht op de dieetpreparaten als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op de dieetpreparaten als is voldaan aan de voorwaarden daarvoor in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

3. U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen als er 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:
      i. (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;
      ii. (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 de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), 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:
      i. 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
      ii. 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;
      iii. 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.

4. U heeft recht op de volgende zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:
   a. laxeermiddelen, 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.

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 anticonceptiepil (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 recept hebben. Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat een arts (waaronder ook een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of 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 geldt dat:
  - voor polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een diëtist, jeugdarts, huisarts of medisch specialist.
  - voor een hepatitis vaccin, difterievaccin, poliomyelitisvaccin, kinkhoestvaccin dan wel combinaties van twee of meer van deze vaccins of met het tetanusvaccin het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een huisarts of medisch specialist.
  - voor een pneumokokkenvaccin het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een medisch specialist.
  - voor de overige in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen geneesmiddelen het recept voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een medisch specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering genoemde indicatie voor het betreffende geneesmiddel. Is er voor het geneesmiddel een artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland beschikbaar? En staan in die artsenverklaring niet alleen medisch specialisten genoemd als voorschrijver, maar ook andere zorgverleners? Bijvoorbeeld een huisarts? Dan mag het recept voor de eerste keer per indicatie ook worden afgegeven door de andere in de artsenverklaring genoemde zorgverlener(s).
  - een geneesmiddel mag worden voorgeschreven door een andere voorschrijver dan de voorschrijver die voor het geneesmiddel is genoemd, als u lijdt aan een zeer zeldzame aandoening met een niet-geregistreerde indicatie voor de levering van dat geneesmiddel en die voorschrijver is gespecialiseerd in de behandeling van die aandoening. In dat geval moet u altijd schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het geneesmiddel wordt geleverd.

Toestemming

Voor het recht op deze geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder;

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000ml per dag;
- epoprostenol intraveneus;
- iloprost voor inhalatie;
- treprostinil subcutaan en intraveneus;
- anticonceptiva in geval van behandeling van endometriose en menorragie;
- geneesmiddelen als u lijdt aan een zeer zeldzame aandoening met een niet geregistreerde indicatie voor de levering van die geneesmiddelen;
- een geneesmiddel dat in de loop van het kalenderjaar is toegevoegd aan bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet, als voor dat geneesmiddel de procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie bestaat. In dat geval kan die procedure worden gevolgd.

Bij de aanvraag moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Artsenverklaring en apotheekinstructie

Voor het recht op andere geneesmiddelen die in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen, kan de procedure van de artsenverklaring en apotheekinstructie gelden. In dat geval moet de apotheker of de apotheekhoudende huisarts op grond van een artsenverklaring of apotheekinstructie het recht op het geneesmiddel vaststellen. Het recept moet dan voorzien zijn van een volledig ingevulde, gedateerde en ondertekende artsenverklaring. De apotheker of apotheekhoudend huisarts moet volgens de daarbij behorende apotheekinstructie handelen en op basis daarvan beoordelen of u recht heeft op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. U kunt via www.znformulieren.nl nagaan of de procedure van de artsenverklaring en apotheekinstructie geldt. De procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie en de inhoud daarvan kunnen tussentijds wijzigen. U vindt op www.znformulieren.nl de actuele informatie

Als u bezwaar heeft tegen de procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie, kunt u ook rechtstreeks een aanvraag om toestemming bij ons indienen.

Toestemming voor (doorgeleverde) apotheekbereidingen

Apotheekbereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker of apotheekhoudende huisarts in één apotheek op kleine schaal worden gemaakt. Doorgeleverde apotheekbereidingen zijn apotheekbereidingen 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 2027 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 dagen) x 200 dagen. Dit bedrag wordt afgerond naar € 137.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder met uitzondering van de volgende gevallen.

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/voorwaarden.

Voor preferente geneesmiddelen geldt een gedeeltelijke vrijstelling van het verplicht eigen risico. In het overzicht ‘Aangewezen zorg buiten het eigen risico’ staat hoe hoog de gedeeltelijke vrijstelling is.

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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Farmaceutische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 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 eigen risico.

Ketenzorg

U heeft recht op ketenzorg. Ketenzorg betekent dat een groep zorgaanbieders 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice 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 eigen risico?
Nee. Onder het verplicht eigen risicovallen 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 (Wmo) 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice 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 eigen bijdrage vallen ook de kosten die uitkomen boven die maximale vergoeding en daarom voor uw rekening blijven.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder. Dit geldt niet voor hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt. De verbruiksartikelen of gebruikskosten die bij de hulpmiddelen in bruikleen horen, vallen weer wel onder het eigen risico.

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 hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 tand-kaak-mondstelsel 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 fluoridebehandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien wenselijk is.
- aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing).
- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp).
- plaatselijke verdoving (anesthesie).
- behandeling van de tandzenuw (endodontische hulp).
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen).
- behandeling van het kaakgewricht (gnathologische hulp).
- uitneembare prothetische voorzieningen.
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de 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 Mondzorg 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 jeugdtandverzorging mag de zorg verlenen.
- Een mondhygiënist al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging mag de zorg verlenen voor zover het zorg betreft die mondhygiënisten 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 3^{e} of 4^{e} 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 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.
- het maken, plaatsen, repareren of rebasen van een volledige tandheelkundige prothese voor de boven- of onderkaak, te plaatsen op tandheelkundige implantaten.
- zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De meeste mondzorgaanbieders zijn aangesloten op het landelijk machtigingenportaal. 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 landelijk 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.

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 bij die zorg komen kijken.
- 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.
- 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:
  - 10% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de onderkaak.
  - 8% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de bovenkaak.

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder medisch-specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Orthodontie in bijzondere gevallen

U heeft recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel 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 chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of 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 schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt.

De meeste mondzorgaanbieders zijn aangesloten op het landelijke Machtigingenportaal. 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 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 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 (GZSP). 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.

Uitgangspunten voor de GZSP
De zorgaanbieder moet de zorg in overeenstemming met de Uitgangspunten GZSP leveren. U kunt deze uitgangspunten bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?
Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:
- een specialist ouderengeneeskunde
- een arts verstandelijk gehandicapten
- een gezondheidszorgpsycholoog
- een psychiater
- een orthopedagoog-generalist
- een klinisch psycholoog
- een klinisch neuropsycholoog

Is er een verwijzing nodig?
Ja, van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 de zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten

niet-gecontracteerde zorg via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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
- koemelkallergietest (dubbelblinde placebo-gecontroleerde 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 Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.
- voor koemelkallergie test: een zorgaanbieder die hiervoor door ons is gecontracteerd. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice 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 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 wonden die door alle huidlagen heen gaan (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, als u te maken heeft met een voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis, een inactieve Charcot-voet of als u in het eindstadium van nierfalen zit (eGFR < 15 ml/min) of als u nierdialyse krijgt.

De preventieve voetzorg is het totaalpakket aan werkzaamheden zoals beschreven in het Standpunt voetzorg bij diabetes mellitus en de Notitie verduidelijking standpunt voetzorg voor mensen met diabetes mellitus van het Zorginstituut Nederland, en zoals beschreven binnen de zorgprofielen 1 tot en met 4 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:
- jaarlijkse voetcontrole (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 registerpodoloog
- een pedicure

Voor Sims classificatie 2 en 3 (zorgprofielen 2 tot en met 4):
- een huisarts
- een podotherapeut
- een registerpodoloog

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 of registerpodoloog. In dat geval is de podotherapeut of registerpodoloog de hoofdbehandelaar en brengt de podotherapeut of registerpodoloog de zorg in rekening.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, voor preventieve voetzorg door een pedicure, een podotherapeut of registerpodoloog moet u een verwijzing van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant hebben. 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 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 en niet-gecontracteerde registerpodoloog. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Preventieve voetzorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 zorg in aanmerking te komen.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op de 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 21e behandeling. Dat betekent dat u de eerste 20 behandelingen bij aandoeningen op de Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en 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 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 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 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. Uw zorgaanbieder moet de KNGF-richtlijn COPD van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) volgen om het aantal behandelingen te bepalen.
- langdurige, op uw situatie aangepaste, actieve oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut als u reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen heeft.

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 de door de minister vastgestelde Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). 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 de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- fysiotherapie en oefentherapie voor aandoeningen die niet op de Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie staan. De verzekerde heeft in die gevallen recht op maximaal de eerste 9 behandelingen per kalenderjaar voor dezelfde aandoening. Als die behandelingen niet genoeg resultaat opleveren, heeft de verzekerde aansluitend recht op maximaal 9 behandelingen extra voor dezelfde aandoening.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op vergoeding van de 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 Klantenservice 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 Klantenservice via +31 (0)570 687 123. De aansluiting bij 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 orthomanuele 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
- voor langdurige op uw situatie aangepaste, actieve oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut als u reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen heeft.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, 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 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 en looptherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens ofwel etalagebenen), 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/voorwaarden.

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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Ergotherapie

U heeft recht op vergoeding van kosten van ergotherapie zoals ergotherapeuten plegen te bieden tot een maximum van 10 behandeluren 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.

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 Klantenservice 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?

Nee

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Diëtetiek

U heeft recht op zorg zoals diëtisten plegen te bieden tot maximaal 3 behandeluren 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.

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 Klantenservice 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?

Nee

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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.

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 Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (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 Klantenservice 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?
Nee

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. De vergoeding voor een GLI voor verzekerden tot 18 jaar vindt u onder het kopje Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.

De GLI is een zorgprogramma op maat, dat bestaat uit een combinatie van interventies gericht op gezond eten, meer bewegen en eventuele psychologische hulp ter ondersteuning van de gedragsverandering. Het zorgprogramma bestaat uit individuele sessies en sessies die in groepsverband worden aangeboden en er is een onderscheid in een behandelfase 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 (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- 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, medisch-specialist of bedrijfsarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

De verzekerde heeft recht op zorg en ondersteuning bij overgewicht en obesitas, als de verzekerde jonger dan 18 jaar is en minimaal een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. De zorg en ondersteuning bij overgewicht en obesitas bestaat uit:

- 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 van de centrale zorgverlener. 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 GLI voor kinderen is een zorgprogramma op maat, gericht op gezond eten, meer bewegen en eventuele psychologische hulp ter ondersteuning van gedragsverandering. Het zorgprogramma 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, die met aantekening 'Centrale Zorgverlener' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister V&V Verpleegkundigen
- een kinderleefstijlcoach, die als Centrale Zorgverlener staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
- een jeugd- en gezinsprofessional die als Centrale Zorgverlener staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- een pedagogisch adviseur die als Centrale Zorgverlener staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- een door ons gecontracteerde zorggroep

GLI voor kinderen:
- een diëtist, die met aantekening 'kinderleefstijlcoach' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici
- een jeugd- en gezinsprofessional die als kinderleefstijlcoach staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- een jeugdverpleegkundige, die met aantekening 'kinderleefstijlcoach' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister V&V Verpleegkundigen
- een kinderfysiotherapeut, die met aantekening 'kinderleefstijlcoach' staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie en/of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- een kinderleefstijlcoach, die staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
- een kinderoefentherapeut, die met aantekening 'kinderleefstijlcoach' staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici
- een door ons gecontracteerde zorggroep.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, kinderarts, jeugdarts of een jeugdverpleegkundige.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

Nee

Valpreventie voor mensen met een hoog risico om te vallen

U heeft recht op valpreventie, als u op grond van een valrisicoschatting een hoog risico heeft om te vallen. Valpreventie bestaat uit de volgende onderdelen:

- valrisicobeoordeling.
- intake voor een trainingsprogramma om vallen te voorkomen (valpreventieve beweeginterventie), 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 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.com/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 om vallen te voorkomen 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, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 de intake voor een trainingsprogramma om vallen te voorkomen en voor het trainingsprogramma zelf door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet- gecontracteerde zorg onder valpreventie via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 nicotinevervangende (genees)middelen gericht op gedragsverandering met als doel om te stoppen met roken. U heeft alleen recht op nicotinevervangende (genees)middelen die verband houden met stoppen met roken als die deel uitmaken van het programma. De zorg is beperkt tot het volgen van 3 programma's 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 de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 2025 en de meest recente richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving
- een door ons gecontracteerde zorgaanbieder voor stoppen met roken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma zijn opgenomen in het overzicht Aangewezen zorg buiten het eigen risico. De kosten tellen daarom niet mee voor het verplicht 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Stoppen met roken.

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. De zorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen die te maken hebben ingewikkelde problematiek door verschillende aandoeningen (multimorbiditeit). De zorg heeft als doel het herstel of de verbetering van uw functionele beperkingen en van uw deelname in de maatschappij.

U heeft alleen recht op de zorg als de geriatrische revalidatiezorg niet aansluit op verblijf met behandeling in een verpleeghuis op grond van de Wet langdurige zorg.

Waar moet ik op letten?

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 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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 revalidatiearts, 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 een aandoening van het bewegingsapparaat, neurologische aandoening of andere ziekte, die samenhangt met problemen met het bewegen van uw wervelkolom, uw lijf of ledematen; of om niet-aangeboren hersenletsel met problemen met bewegen, problemen met denken, spraak- of slikproblemen of een combinatie daarvan.

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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 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?
Wilt u verblijven in een instelling waarmee wij geen contract hebben? Dan moet u voorafgaande aan het (verlengde) verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Eerstelijnsverblijf. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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, preventie en casemanagement.

De zorg omvat niet:
- verpleging en verzorging tijdens uw opname in een ziekenhuis of een andere instelling
- kraamzorg

Waar moet ik op letten?

- U moet een zorgplan hebben. Uw wijkverpleegkundige stelt het zorgplan op in overleg met u of uw wettelijk vertegenwoordiger. Over het zorgplan is overeenstemming bereikt tussen u of uw wettelijk vertegenwoordiger en de wijkverpleegkundige. Deze overeenstemming is door de wijkverpleegkundige vastgelegd in het cliëntdossier of de cliëntrapportage. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet het zorgplan zijn ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger en door de wijkverpleegkundige. Als u niet-gecontracteerde zorg krijgt, geldt dit ook bij een wijziging van het zorgplan.
- Een zorgplan bevat minimaal informatie over:
  - aard, omvang, duur en doelen van de zorg (gewenste zorguitkomsten). Beoogde resultaten/doelen zijn duidelijk gespecificeerd, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdgebonden beschreven;
  - actuele en potentiële verpleegkundige diagnoses (inclusief onderbouwing via subjectieve, objectieve of contextgegevens);
  - verpleegkundige en verzorgende interventies;
  - of en hoe uw sociale netwerk een bijdrage kan leveren en waar die bijdrage uit bestaat;
  - evaluatie van bereikte zorguitkomsten.
- Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en het zorgplan opstellen. Daarbij geldt als voorwaarde dat wie de indicatie stelt aantoonbaar vakbekwaam moet zijn in het indiceren in lijn met het statement V&VN ‘Vakbekwaam indiceren voor de Zorgverzekeringswet’ van 14 mei 2024 van de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De indicatie moet zijn vastgesteld conform het Normenkader Indicatieproces van december 2024 en het Begrippenkader Indicatieproces, opgesteld door de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De indicatiesteller moet aantoonbaar aan alle normen hebben getoetst.

Deze zorgaanbieders mogen de geïndiceerde zorg, met uitzondering van casemanagement dementie, 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, met uitzondering van casemanagement dementie, 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.

Deze zorgaanbieders mogen casemanagement dementie uitvoeren:

- een wijkverpleegkundige.
- een sociaal werker die voldoet aan het expertiseprofiel Casemanager dementie, opgesteld door de V&VN en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal werk (BPSW).

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

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

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op www.hollandzorg.com/forms. 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 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 www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027, onder Wijkverpleging.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget (pgb). 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.

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.

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:

- 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 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:
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 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 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 medische 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 € 0,43 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 kilometer van uw woonplaats ligt. De berekening is dan 12 x 3 x 40 x 0,25 = 360. Dit is hoger dan 250. 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 een auto of het openbaar vervoer kan ook onder het ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als vervoer per auto of 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 overnachtingen (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 tussen huis en 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 € 97 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 openbaarvervoerbedrijf.

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, het openbaar vervoer of de taxi. U moet ook vooraf 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 formulier Aanvragen ziekenvervoer kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/forms.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, maximaal € 140 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 wel voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie als u gebruik maakt van een overnachting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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 www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Ziekenvervoer. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 van de Regeling zorgverzekering 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 van de Regeling zorgverzekering 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 € 97 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 verslapte 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 gehemeltespleten, 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 verslapte 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 agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak
- 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?

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 lijsten 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 landelijke Machtigingenportaal. 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 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 voordat 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, relevante foto's zijn opgenomen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts, medisch specialist, klinisch technoloog, arts-assistent, ziekenhuisarts, verloskundige, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, SEH-arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, sportarts, klinisch fysicus - audioloog, bedrijfsarts, mondhygiënist, tandarts, kaakchirurg, optometrist, forensisch arts, verslavingsarts, orthoptist of triage-audicien.

U heeft geen verwijzing nodig 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 eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder. De kosten van het meekijkconsult en meedenkadvies tellen niet mee voor het verplicht 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 die 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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Medisch-specialistische zorg.

Erfelijkheidsadvisering

U heeft recht op erfelijkheidsadvisering en opname daarvoor.

Soms is er aanleg voor een erfelijke ziekte in uw familie. Dat kan onderzocht worden. Erfelijkheidsadvisering 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 advisering aan u. In dat geval kunnen ook de andere personen advies krijgen.

Waar moet ik op letten?
Een centrum voor erfelijkheidsadvisering 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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 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 tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 plaatsvindt?

- 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 Declareren stroomkosten thuisbeademing is te bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/forms.

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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 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 transplantatiezorg 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 1^{e}, 2^{e} of 3^{e} 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, de opname en het 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:

a. kosten van specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal, via de zorgverzekering van de ontvanger.
b. 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.
c. 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 c.
d. 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.
e. 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 (spoed).

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

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

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Tellen de kosten mee voor het verplicht 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Medisch-specialistische zorg.

Trombosezorg

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

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 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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Medisch-specialistische zorg.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

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 fysicus-audioloog. Een 2e of volgende verwijzing moet komen van een medisch specialist, klinisch fysicus-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 zintuigelijk gehandicaptenzorg voor uw visuele beperking ontvangen; en
- 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 een nieuwe hulpvraag heeft 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 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 www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027 onder Zintuiglijk gehandicaptenzorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Aanvullende verzekeringen Compact, Start, Extra, Plus

Voorwaarden voor de aanvullende verzekering

Op de Aanvullende verzekeringen Compact, Start, Extra, Plus zijn van toepassing:
- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering.
- de afspraken in dit hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Compact, Start, Extra, Plus.
- 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.

Aanvullende verzekering afsluiten en stopzetten

1. Wanneer kan ik een aanvullende verzekering afsluiten?

Voor het afsluiten van een aanvullende verzekering gelden de volgende acceptatievoorwaarden:
- U (verzekeringnemer) kunt alleen een aanvullende verzekering afsluiten als de persoon die u wilt verzekeren ook een basisverzekering van HollandZorg heeft.
- De verzekerde mag maximaal 1 aanvullende verzekering (niet zijnde een tandartsverzekering) en maximaal 1 tandartsverzekering hebben.
- 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) kunt voor uw minderjarig kind een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) afsluiten. Dit betreft dan automatisch de aanvullende verzekering met de hoogste premiegrondslag, die u (verzekeringnemer) voor uzelf of voor de andere ouder/verzorger afsluit (of eerder heeft afgesloten en die nog niet is geëindigd).
- U (verzekeringnemer) kunt voor uw minderjarig kind een tandartsverzekering afsluiten. Dit betreft dan automatisch de tandartsverzekering met de hoogste premiegrondslag die u (verzekeringnemer) voor uzelf of voor de andere ouder/verzorger afsluit (of eerder heeft afgesloten en die nog niet is geëindigd).

> **Voorbeeld:** Ouder/verzorger A heeft de tandartsverzekering Start en ouder/verzorger B heeft de tandartsverzekering Plus. Het minderjarige kind voor wie u en tandartsverzekering afsluit, krijgt dan automatisch dezelfde dekking als ouder/verzorger B.

Wij kunnen het afsluiten van een aanvullende verzekering ook weigeren om een andere reden.

2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?

Als u (verzekeringnemer) de aanvraag voor de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de aanvraag tot het afsluiten van een basisverzekering voor dezelfde persoon doet, gaat deze aanvullende verzekering in op dezelfde 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 afsluiten van een aanvullende verzekering voor iemand doet, gaan wij ervan uit dat u ons daarmee een volmacht heeft gegeven voor het beëindigen van de aanvullende

ziektekostenverzekering van die persoon bij de vorige zorgverzekeraar. Als u dit niet wilt, moet u ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

3. Hoe kan ik de aanvullende verzekering wijzigen?

U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende verzekering van een verzekerde wijzigen met ingang van 1 januari van het jaar. Wij moeten uw verzoek om een wijziging uiterlijk op 31 januari van dat jaar ontvangen. Dus tot en met 31 januari 2027 kunt u (verzekeringnemer) de aanvullende verzekering voor het jaar 2027 wijzigen.

Is uw aanvullende verzekering gewijzigd naar een aanvullende verzekering met een minder uitgebreide dekking? En heeft u nog een vergoeding voor in januari gemaakte zorgkosten ontvangen op grond van de eerdere aanvullende verzekering (met uitgebreidere dekking)? Dan vorderen wij de te veel vergoede zorgkosten bij u (verzekerde/verzekeringnemer) terug of verrekenen wij deze zorgkosten met aan u (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen.

Is uw aanvullende verzekering gewijzigd naar een aanvullende verzekering met een hogere dekking? En heeft u een afwijzing voor in januari gemaakte zorgkosten ontvangen op grond van de eerdere aanvullende verzekering (met een lagere dekking)? Dan kunt u de declaraties opnieuw indienen en beoordelen wij deze opnieuw.

U (verzekeringnemer) kan het verzoek tot wijziging doen op een van de volgende manieren:
- via Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com)
- via het contactformulier op www.hollandzorg.com/contact
- schriftelijk naar: HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

> **Let op:** Een mondeling verzoek of een verzoek via social media geldt niet.

Voor de wijziging van de aanvullende verzekering en tandartsverzekering gelden verder dezelfde voorwaarden als voor het afsluiten van de aanvullende verzekering. Dit betekent dat de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering van uw minderjarige kind(eren) automatisch verandert als de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering van de door u (verzekeringnemer) verzekerde ouders/verzorgers verandert.

Premie

4. Wanneer hoef ik geen premie te betalen?

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

Voor een aanvullende verzekering en/of tandartsverzekering van een verzekerde tot 18 jaar hoeft u (verzekeringnemer) geen premie te betalen tot de 1e dag van de maand ná de maand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden. Daarbij geldt dat deze verzekerde een door u (verzekeringnemer) verzekerde ouder/verzorger met een aanvullende verzekering en/of tandartsverzekering met dezelfde premiegrondslag moet hebben.

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

Tijdens de periode dat de dekking van de aanvullende verzekering is opgeschort (tijdelijk stopgezet) wegens detentie van de verzekerde hoeft u (verzekeringnemer) geen premie te betalen.

Verzekeringsdekking algemeen

5. 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 (verzekerde/verzekeringnemer) 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.

Uw zorgbaanbieder moet de zorg leveren volgens de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Is voor de zorg een richtlijn, zorgstandaard of kwaliteitsstandaard vastgesteld? Dan heeft u recht op (vergoeding van kosten van) de zorg als de zorg volgens die standaard is verleend. De actuele kwaliteitsstandaarden zijn te bekijken en te downloaden via www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten. Wijkt uw zorgaanbieder af van de richtlijn, zorgstandaard of 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 hollandzorg.z-zoeker.nl.

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 aanvullende verzekeringen

6. Wanneer geldt er een wachttijd?

Het is mogelijk dat voor het recht op vergoeding of het recht op de zorg een wachttijd geldt. Tijdens die periode bent u wel verzekerd, maar kunt u nog geen aanspraak maken op de dekking. Als er een wachttijd geldt, dan vermelden wij dit bij de betreffende zorgvorm.

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 (zoals onder meer parachutespringen, bergklimmen of diepzeeduiken) of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport.
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een ongeoefende niet zonder bezwaar beoefenbaar of begaanbaar zijn.
- die zijn ontstaan tijdens wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen 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 uw aanvullende verzekering 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 voorgeschoten.

Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de aanvullende verzekering.

10. Telt een eerdere vergoeding mee als ik een andere aanvullende verzekering afsluit?

In een aantal gevallen kan het gebeuren dat u gedurende het jaar op een andere aanvullende verzekering verzekerd raakt. Dan:
- telt de vergoeding of de zorg die u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering van Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. mee voor het bepalen van het recht op de vergoeding of de zorg op grond van de nieuwe aanvullende verzekering.
- telt het aantal behandelingen dat u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. mee voor het bepalen van het recht op het aantal behandelingen op grond van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Dit geldt ook als de maximale vergoeding of het aantal behandelingen of de periode waarbinnen u recht heeft op een bepaalde vergoeding in de nieuwe aanvullende verzekering verschilt ten opzichte van de vorige aanvullende verzekering.

Dekking en vergoeding per zorgvorm

Alternatieve geneesmiddelen en alternatieve geneeswijzen

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 50,- per behandeldag tot maximaal € 350,- per kalenderjaar

De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Alternatieve geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die zijn opgenomen in de G-standaard. Voor informatie over de vergoeding van een geneesmiddel kunt u bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Alternatieve geneeswijzen

U heeft recht op vergoeding van kosten van de volgende behandelingen:

- acupunctuur
- ademhalings- en ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn
- antroposofische euritmie
- antroposofische psychotherapie
- antroposofische therapie
- chirofonetiek
- chiropractie
- craniosacraaltherapie
- energetische therapie
- fytotherapie
- gestalttherapie
- haptotherapie
- (klassieke) homeopathie
- hypnotherapie
- integratieve psychotherapie
- kinesiologie
- kunstzinnige therapie
- lichaamsgerichte psychotherapie
- neuraaltherapie
- neurofeedback
- manuele therapie E.S. (Egg Shell)
- mesologie
- musculoskeletale geneeskunde
- osteopathie
- orthomanuele geneeskunde
- orthomoleculaire geneeskunde
- psychotherapie die geen dekking heeft in de basisverzekering
- reflexzonetherapie

Waar moet ik op letten?

Alternatieve geneesmiddelen

- een apotheek en apotheekhoudend huisarts mogen de geneesmiddelen leveren.
- voor vergoeding van alternatieve geneesmiddelen moet u een recept hebben van een alternatieve zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden van de Lijst alternatieve zorgaanbieders 2027 of van een arts.

Alternatieve geneeswijzen

U kunt terecht bij een alternatief genezer of therapeut die een geldige persoonlijke en praktijk AGB-code heeft en voldoet aan de voorwaarden van de Lijst alternatieve zorgaanbieders 2027. In de lijst staat de beroepsvereniging of koepelvereniging waarbij de zorgaanbieder moet zijn aangesloten of waarvan de zorgaanbieder lid moet zijn en/of in welk register de zorgaanbieder ingeschreven moet zijn. U heeft alleen recht op vergoeding van consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging, koepelvereniging of het register in het overzicht is opgenomen.

De actuele Lijst alternatieve zorgaanbieders kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Het is belangrijk dat deze gegevens op de rekening staan:

- de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgaanbieder
- de geldige AGB-code van de praktijk
- de beroepsvereniging of koepelvereniging waarbij de zorgaanbieder is aangesloten of lid van is en/of het register waarin de zorgaanbieder ingeschreven staat
- een overzicht van de behandelingen per dag
- een duidelijke omschrijving van de behandeling (bijvoorbeeld, als die bestaat, de zogeheten prestatiecode)

Anders kunnen wij de kosten niet vergoeden.

Brillen en lenzen

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren	maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- brilglazen en lenzen op sterkte
- een montuur, als dat tegelijk met de brilglazen wordt aangeschaft

Waar moet ik op letten?

Een opticien of optiekbedrijf mag de brillen en lenzen leveren. Dit mag ook een online opticien of optiekbedrijf zijn.

Let op: Op de rekening die u indient, moet duidelijk de sterkte van de brilglazen of lenzen staan.

Buitenland

Spoedeisende zorg in het buitenland en medisch noodzakelijke terugreis

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	100%	100%	100%

Als u tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland spoedeisende zorg nodig heeft of als vervoer naar Nederland medisch noodzakelijk is, vergoeden wij het volgende:

Spoedeisende zorg
U heeft recht op vergoeding van kosten van spoedeisende zorg. Het moet gaan om zorg die valt onder de dekking van de basisverzekering, maar die niet volledig vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Omdat de gezondheidszorg in sommige landen duurder is dan in ons land, moet u soms bijbetalen. Dit verschil wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering. Het gaat om spoedeisende zorg als het naar ons oordeel gaat om onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot uw terugkeer in Nederland.

Medisch noodzakelijke terugreis
U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. Het gaat om medische noodzaak als naar ons oordeel de zorg ter plaatse niet goed mogelijk of medisch onverantwoord is of veel duurder is dan in Nederland. U bent verplicht om mee te werken aan het vervoer als wij dat noodzakelijk vinden en uw toestand dat toelaat.

Waar moet ik op letten?
U of, in geval van overlijden, uw nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale. U bereikt de alarmcentrale dag en nacht via: +31 570 687 112 (standaardtarief).

> **Let op:** U heeft alleen recht op vergoeding als de alarmcentrale de zorg of het vervoer coördineert.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
100%	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding

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 meebrengt. Sociale redenen zoals gezinshereniging of taalproblemen vallen hier niet onder.

U houdt recht op deze dekking tijdens 14 dagen na het eindigen van uw aanvullende verzekering Compact.

Waar moet ik op letten?
Wij organiseren de repatriëring. Daarom moet u of uw vertegenwoordiger contact opnemen met onze alarmcentrale. U bereikt de alarmcentrale dag en nacht via: +31 (0)570-68 71 12 (standaardtarief).

Vervoer stoffelijk overschot

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
100%	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding

Uw nabestaanden hebben recht op vergoeding van vervoer van uw stoffelijk overschot vanaf de plaats van overlijden naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van het transport zelf en de kosten van extra diensten die nodig zijn voor het transport.

Wat is belangrijk?
Uw nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale. U bereikt de alarmcentrale dag en nacht via: +31 570 687 112 (standaardtarief).

Let op: Er is alleen recht op vergoeding als de alarmcentrale het vervoer coördineert.

Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
3 zittingen per kalenderjaar	6 zittingen per kalenderjaar	9 zittingen per kalenderjaar	15 zittingen per kalenderjaar, waarvan voor dezelfde aandoening maximaal 9 zittingen manuele therapie

U heeft recht op vergoeding van kosten van:
- algemene fysiotherapie
- manuele therapie
- oefentherapie Cesar en Mensendieck
- littekenbehandeling
- psychosomatische fysiotherapie en psychosomatische oefentherapie
- geriatrische fysiotherapie en geriatrische oefentherapie
- bekkenfysiotherapie en bekkenoefentherapie
- oedeemtherapie en lymfedrainage
- kinderfysiotherapie en kinderoefentherapie

De vergoeding geldt voor de verschillende therapieën gezamenlijk.

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

Let op: Behandelingen manuele therapie E.S. (Egg Shell), methode van der Bijl en orthomanuele geneeskunde vallen niet onder de dekking van fysiotherapie en oefentherapie. Deze behandelingen kunnen vallen onder de dekking voor alternatieve geneeswijzen.

Een behandeling of consult noemen we een zitting. Wij vergoeden ook zittingen in het buitenland. Krijgt u de zorg in het buitenland? Dan vergoeden wij per zitting niet meer dan de maximumvergoeding die geldt voor niet-gecontracteerde zorg.

Niet elke behandeling telt als 1 zitting. Een zitting wordt als volgt berekend:
- telefonische zitting ½ zitting
- screening ½ zitting
- intake en onderzoek na screening ½ zitting
- groepszitting 3-10 personen ½ zitting
- overige 1 zitting

Extra zittingen fysiotherapie en oefentherapie (behandelingen meenemen naar volgend jaar)

Als u in het afgelopen jaar minder dan het maximum aantal zittingen heeft verbruikt, heeft u recht op vergoeding van extra zittingen fysiotherapie en oefentherapie in het huidige jaar. Voor elke zitting waarvoor in het afgelopen jaar dekking is en die u niet verbruikt heeft, heeft u recht op vergoeding van een extra zitting in het huidige jaar met een maximum van 3 zittingen.

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
1 tot 3 zittingen per kalenderjaar	1 tot 3 zittingen per kalenderjaar	1 tot 3 zittingen per kalenderjaar	1 tot 3 zittingen per kalenderjaar

Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
- u heeft in 2026 en in 2027 een aanvullende verzekering Compact, Start, Extra of Plus van HollandZorg; en
- de extra zittingen blijven 1 kalenderjaar geldig. U kunt er niet meer sparen.

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
- psychosomatische fysiotherapie: een psychosomatisch fysiotherapeut
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut
- bekkenoefentherapie: een bekkenoefentherapeut
- geriatrie-oefentherapie: een geriatrie-oefentherapeut
- psychosomatische oefentherapie: een psychosomatisch 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 Klantenservice 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 Klantenservice via +31 (0)570 687 123. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018.

Is er een verwijzing nodig?

Voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie heeft u een verwijzing nodig 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). De Lijst chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Voor alle overige behandelingen heeft u geen verwijzing nodig.

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 via www.hollandzorg.com/nl/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Geneesmiddelenzorg

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
100%	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding

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

Gezinsplanning

Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	100%	100%	100%

Anticonceptiemiddelen zijn middelen om een zwangerschap te voorkomen. Als u 21 jaar of ouder bent, vergoeden wij:
- anticonceptiepil
- prikpil
- pessarium occlusivum
- hormonale pleisters
- vaginale ring
- spiraal
- implanteerbaar hormoonstaafje

De kosten van de terhandstelling vallen ook onder deze dekking. Terhandstellingskosten zijn de kosten die u betaalt voor de dienstverlening van de apotheek. De kosten van het inbrengen van deze middelen vallen hier niet onder.

Per voorschrift (recept) vergoeden wij de anticonceptiepil voor een periode van maximaal 12 maanden.

Als u op grond van de basisverzekering recht heeft op een anticonceptiemiddel of een specifiek anticonceptiemiddel (preferent geneesmiddel), dan heeft u geen recht op vergoeding van een anticonceptiemiddel vanuit de aanvullende verzekering.

Waar moet ik op letten?
- Een apotheker of apotheekhoudende huisarts mag de anticonceptiemiddelen verstrekken.
- U heeft een voorschrift (recept) van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, verloskundige of physician assistant nodig.

Let op: Voor het plaatsen of verwijderen van een anticonceptiemiddel (bijvoorbeeld een spiraal) kunt u terecht bij de huisarts of medisch specialist (bij een medische indicatie). De kosten hiervan worden vergoed vanuit de basisverzekering. De kosten voor huisartsenzorg vallen niet onder het verplicht eigen risico. Plaatst een medisch specialist de spiraal? Dan geldt er wel een eigen risico.

Begeleiding bij borstvoeding

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100,- per bevalling

Wij vergoeden individueel advies en begeleiding bij het geven van borstvoeding.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het advies en de begeleiding geven:

- een lactatiekundige IBCLC die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB)
- een NLG-lactatiekundige vergoeding eigen bijdrage voor bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie

Eigen bijdrage bevalling

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	60%

Wij vergoeden een deel van de wettelijke eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis of een geboortecentrum.

Kraampakket

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Wel kraampakket

Wij vergoeden een kraampakket, als u ten minste 24 weken zwanger bent.

Het kraampakket bestaat uit onderleggers, kraammatrassen, een steriele navelklem, gaaskompressen, kraamverband, een flesje alcohol, verbandwatten en wondkompressen.

Let op: U moet de aanvraag voor het kraampakket samen met de aanmelding voor kraamzorg op tijd indienen. U kunt zelf kiezen bij welke kraamzorgorganisatie u zich aanmeldt. Uw verloskundige kan u daarbij helpen. Het kraampakket wordt bezorgd vanaf de 34^{e} week van de zwangerschap.

Sterilisatie

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Gecontracteerde zorg: 100% Niet-gecontracteerde zorg: • zaadleiders: maximaal € 300,- voor de totale behandeling • eileiders: maximaal € 1.000,- voor de totale behandeling

Wij vergoeden kosten van sterilisatie van zowel zaadleiders als eileiders. Maar de maximale vergoeding verschilt.

Waar moet ik op letten?
Een ziekenhuis en een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis of ZBC waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra waarmee wij algemene afspraken voor medisch-specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder.

Daarnaast mogen huisartsen waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt, de zorg verlenen voor zaadleiders. Huisartsen waarmee wij algemene afspraken voor huisartsenzorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. Sterilisatie door een huisarts waarmee wij niet specifiek voor sterilisatie afspraken hebben gemaakt, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Vergoeding eigen bijdrage voor bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	60%

Wij vergoeden een deel van de wettelijke eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis of een geboortecentrum.

Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	60%

Wij vergoeden een deel van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.

Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100,- per zwangerschap

Wij vergoeden cursussen voor zwangerschap en bevalling en voor moederbegeleiding, zoals zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga, zwangerschapsmassage, het Moeder Fit-programma of een doula.

Waar moet ik op letten?
Een professionele aanbieder mag de zwangerschapscursussen of moederbegeleiding geven. Een doula moet lid zijn van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Doula's.

Mantelzorgmakelaar

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 250,- per kalenderjaar

We vergoeden (deels) de inzet van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar kan regeltaken overnemen van mantelzorgers, zodat zij minder worden belast. U kunt een mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg krijgt of als u mantelzorger bent.

> **Let op:** De kosten van de inzet van de mantelzorgmakelaar kunnen niet door de mantelzorger én door degene die de mantelzorg krijgt, worden gedeclareerd. Wij vergoeden de inzet niet 2 keer.

Waar moet ik op letten?
De mantelzorgmakelaar moet zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van de beroepsvereniging mantelzorgmakelaars (BMZM).

Preventie

Gezondheidscursussen

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100,- per kalenderjaar

De vergoeding geldt voor de gezondheidscursussen gezamenlijk.

Algemene gezondheidscursussen
Wij vergoeden kosten van een gezondheidscursus voor u. De cursus moet speciaal gericht zijn op het helpen voorkomen van ziekte, of bedoeld zijn om leefgewoonten te verbeteren of om functieverlies of -beperking te voorkomen of om een naaste beter te kunnen ondersteunen.

Welke cursussen komen hiervoor in aanmerking?

Een aantal voorbeelden:

- EHBO en reanimatie. De cursus mag niet met uw werk te maken hebben. Het mag dus geen opleiding bedrijfshulpverlening (BHV) zijn.
- kinder-EHBO (cursus voor ongevallen met kinderen thuis)
- cursussen en trainingen om alcoholgebruik tegen te gaan
- cursussen gericht op gezonde leefgewoonten
- cursussen voor mantelzorgers en naasten van mensen met dementie
- cursussen voor mantelzorgers en naasten van mensen met Parkinson
- bekkenbodemcursussen
- slaapcursussen gericht op het verbeteren van gezonde slaapgewoonten
- rouwcursussen gericht op het omgaan met verlies van een naaste

Welke cursussen komen niet in aanmerking?

Niet alle cursussen komen in aanmerking voor vergoeding. Een aantal voorbeelden:

- vrijetijdsbesteding, zoals sporttrainingen, yoga, tai chi en meditatie
- boeken die een cursus ondersteunen
- cursussen die onderdeel zijn van een opleiding voor werk of beroep
- individuele coaching of begeleiding

Waar moet ik op letten?

Een professionele aanbieder van gezondheidscursussen mag de cursus geven, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging, gezondheidsorganisatie of opleidingsinstituut.

U moet een kopie van het diploma, certificaat of bewijs van deelname meesturen met de rekening.

Hulpmiddelen

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar

De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Heupprotectoren

We vergoeden (deels) heupprotectoren, als u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de rekening moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Hoorapparaten

We vergoeden (deels) de kosten van de wettelijke eigen bijdrage van hoorapparaten en (tinnitus)maskeerders.

Plaswekker

We vergoeden (deels) de aanschaf of huur van een plaswekker. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de rekening moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Pruiken

We vergoeden (deels) de kosten van een pruik die voor uw rekening blijven na de wettelijke maximale vergoeding vanuit de basisverzekering.

Waar moet ik op letten?

Een leverancier van hulpmiddelen mag de hulpmiddelen leveren.

Sportmedisch advies

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 125,- per kalenderjaar

We vergoeden (een deel van) sportmedisch onderzoek en (sportblessure)consulten. Onder sportmedisch advies vallen geen keuringen, zoals een rijbewijs-, vliegers-, ballonvaarders- en duikerskeuring.

Waar moet ik op letten?

De sportmedische instelling moet aangesloten zijn bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Op de rekening moet zijn vermeld dat de instelling is aangesloten bij de FSMI.

Spoedeisende mondzorg in Nederland

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
maximaal € 200,- per kalenderjaar	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding

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 ‘Lijst spoedeisende mondzorg’ komen voor vergoeding in aanmerking. De ‘Lijst spoedeisende mondzorg’ 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Uiterlijke verzorging

Gezichtsverzorging

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 300,- per kalenderjaar

De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Acnebehandeling
We vergoeden acnebehandeling bij ernstige vormen van acne in uw gezicht of hals.

Camouflagetherapie (litteken- en huidvlekkenbehandeling)
We vergoeden camouflagetherapie bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van uw gezicht of hals. Onder de dekking vallen de kosten voor camouflagelessen en de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen. Camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelessen worden niet vergoed.

Ontharing
We vergoeden ontharing als u last heeft van een extreme vorm van overbeharing van uw gezicht of hals.

Waar moet ik op letten?
Een huidtherapeut mag alle zorg verlenen.

Een schoonheidsspecialist(e) in bezit van het ‘kernlidmaatschap’ van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) mag alleen de volgende zorg verlenen:
- acnebehandeling, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialist(e) ook in het bezit is van de specialisatie ‘Acne’
- camouflagetherapie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialist(e) ook in het bezit is van de specialisatie ‘Camouflage’ of ‘Permanente make-up’
- elektrische epilatie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialist(e) ook in het bezit is van de specialisatie ‘Elektrisch ontharen’

Is er een verwijzing nodig?
Nee

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?
Ja, voor vergoeding van gezichtsverzorging heeft u vooraf schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u foto’s van uw gezicht en hals meesturen.

Voetverzorging

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	75% tot maximaal € 125,- per kalenderjaar

De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Podotherapie, podologie
Wij vergoeden podotherapie en podologie.

Steunzolen
Wij vergoeden steunzolen.

Waar moet ik op letten?
- Een podotherapeut mag de podotherapie verlenen.
- Een registerpodoloog en een podoposturaal therapeut mogen podologie verlenen.

De steunzolen moet u aanschaffen bij een podotherapeut, registerpodoloog, podoposturaal therapeut of een leverancier van hulpmiddelen die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechnici (NVOS) en is erkend door de Stichting Erkenningsregeling leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH).

Verblijf

Hospice

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar

We vergoeden een verblijf in een hospice voor kortdurende opvang van terminale patiënten tot maximaal 2 maanden per kalenderjaar. Het verblijf moet wel plaatsvinden in een specifiek daarvoor ingerichte omgeving.

Waar moet ik op letten?
Een 'Bijna Thuis Huis', een zelfstandig hospice, of een hospice-unit van een verpleeghuis of een ziekenhuis mogen het verblijf bieden.

Therapeutisch vakantiekamp

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar

We vergoeden een therapeutisch vakantiekamp voor verzekerden tot 18 jaar. Het kamp moet speciaal gericht zijn op kinderen met een ziekte, aandoening of handicap. We vergoeden alleen kampen die zijn georganiseerd door:
- Stichting De Ster (Ster- en Maankampen)
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club)
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen

Vervoer en ziekenbezoek

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 20,- per dag vanaf 11e opnamedag voor maximaal 3 maanden

We vergoeden kinderopvang vanaf de 11e dag dat u aaneengesloten voor zorg bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor een periode van maximaal 3 maanden. Het moet bij uw opname wel gaan om zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Uw kinderen moeten jonger zijn dan 12 jaar en ook bij ons verzekerd zijn.

Let op: De vergoeding geldt alleen voor kinderopvang in verband met uw opname. De vergoeding geldt niet voor het aantal uren kinderopvang dat normaal al was geregeld los van de ziekenhuisopname.

Waar moet ik op letten?
Alleen kindercentra en gastouderbureaus die zijn opgenomen in het Landelijk Register Kinderopvang (www.landelijkregisterkinderopvang.nl) mogen de opvang bieden.

Logeerhuis

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 250,- per kalenderjaar

We vergoeden verblijf in een logeerhuis van één of meer bezoekende gezinsleden. Het gezinslid moet op hetzelfde adres als u wonen en bij ons verzekerd zijn. Er moet gaan om verblijf in een logeerhuis omdat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De maximale vergoeding geldt voor het totaal aantal bezoekende gezinsleden dat verblijft in het logeerhuis.

Het logeerhuis moet zijn verbonden aan het ziekenhuis. Als er geen logeerhuis in de buurt is of er is geen plaats beschikbaar, dan heeft u recht op vergoeding van verblijf in een pension. Een voorbeeld van een logeerhuis is een Ronald McDonald Huis.

Let op: Bij het indienen van de rekening moet u een bewijs van ziekenhuisopname meesturen.

Overige zorg

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100,- per kalenderjaar

De vergoeding Overige zorg geldt voor de verschillende onderdelen hieronder gezamenlijk.

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden
We vergoeden vrijwilligershulp voor nachtelijke thuiszorg voor stervenden voor een periode van maximaal 1 maand. Vrijwilligers van een organisatie die is aangesloten bij de vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland) mogen de zorg verlenen.

Medische rijbewijskeuring
We vergoeden een verplichte medische keuring voor de vernieuwing van uw rijbewijs. Een arts mag de keuring verrichten.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering
We vergoeden persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering en de daarbij horende aansluitkosten. Een leverancier van hulpmiddelen mag de zorg verlenen. Abonnementskosten of eventuele kosten van opvolging na een oproep worden niet vergoed.

Seksuologie
U heeft recht op vergoeding van zorg die seksuologische hulpverleners plegen te bieden. Voorwaarde is dat de seksuologische hulpverlener is geregistreerd in het register van de Nederlandse Vereniging van Seksuologen (NVVS).

Zorg en advies bij hormonale schommelingen

Compact +	Start ++	Extra +++	Plus ++++
Geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 250,- per kalenderjaar	maximaal € 450,- per kalenderjaar

We vergoeden kosten van:
- de VitalFem 12-wekenprogramma's 'Menstruatie' en 'Overgang'
- VitalFem basis bloedonderzoek
- Care for Women health check
- consulten (adviesgesprekken) over hormonale klachten in verband met de overgang, menstruatie, zwangerschap of anticonceptie.
- supplementen van Care for Women als u een VitalFem 12-wekenprogramma volgt, tot een maximum van €150 per kalenderjaar. De vergoeding is uitsluitend van toepassing op supplementen die onderdeel uitmaken van een VitalFem 12-wekenprogramma.

De zorg richt zich op het bevorderen van de algehele gezondheid van vrouwen in relatie tot hun hormoonhuishouding om zich gezond te voelen in verschillende levensfasen.

De aanleiding kan zijn dat u:
- hormonale klachten heeft.
- maandelijks last heeft van buikkrampen voorafgaand aan de menstruatie.
- vragen heeft over de anticonceptiepil.
- moeite heeft om zwanger te worden.
- klachten ervaart zoals opvliegers of stemmingswisselingen tijdens de overgang.
- last heeft van urineverlies.
- al langere tijd slecht slaapt.

Waar moet ik op letten?
VitalFem biedt de 12-wekenprogramma's aan. Informatie hierover vindt u op www.vitalfem.nl.
Consulenten van Care for Women voeren het VitalFem basis bloedonderzoek en de health check uit. De consulenten zijn te vinden op www.careforwomen.nl.

Deze zorgaanbieders mogen de consulten verlenen:
- een consulent van Care for Women
- een overgangsconsulent die is aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC). De consulenten zijn te vinden op www.vvoc.nl.

Voor het vinden van zorgaanbieders kunt u ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

De supplementen worden alleen vergoed als ze worden aangeschaft bij Care for Women-specialisten of bij de webshop via VitalFem op www.vitalfem.nl, binnen een halfjaar na afronding van het 12-wekenprogramma.

Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus

Voorwaarden voor de tandartsverzekering

Op de tandartsverzekeringen TandExtra en TandPlus zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering.
- de afspraken in het hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Compact, Start, Extra, Plus, met uitzondering van de bepalingen onder het kopje Dekking en vergoeding per zorgvorm.
- de afspraken in dit hoofdstuk Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus.
- de lijst met begrippen.
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

Dekking en vergoeding

TandExtra +	TandPlus ++
Consulten: 100% Overige mondzorg: 75% Er geldt een maximum van € 250,- per kalenderjaar voor de consulten en overige mondzorg gezamenlijk	Consulten: 100% Overige mondzorg: 75% Er geldt een maximum van € 500,- per kalenderjaar voor de consulten en overige mondzorg gezamenlijk

Met een consult bedoelen wij een consult voor een periodieke controle (C002) en een consult niet zijnde periodieke controle (C003) in de prestatielijst voor mondzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Voor mondzorg bieden wij dekking voor de hierna beschreven onderdelen. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk. Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en downloaden via www.nza.nl. U heeft alleen recht op vergoeding van de zorg met die prestatiecodes. De kosten van het niet-nakomen van een afspraak vergoeden wij niet.

Algemene mondzorg

U heeft recht op vergoeding van alle hieronder genoemde behandelingen die zijn opgenomen in de prestatielijst voor mondzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Type behandeling	Prestatiecode
consultatie en diagnostiek	alle C-codes
maken en beoordelen foto's	alle X-codes
preventieve mondzorg	alle M-codes
verdoving	alle A-codes
verdoving door middel van roesje	alle B-codes
vullingen	alle V-codes

Type behandeling	Prestatiecode
wortelkanaalbehandelingen	alle E-codes, met uitzondering van E97 (uitwendig bleken van tanden en kiezen)
kronen en bruggen	alle R-codes
kaakgewrichtsbehandelingen	alle G-codes
chirurgie	alle H-codes
kunstgebitten	alle P-codes
tandvleesbehandelingen	alle T-codes
implantaten	alle J-codes en, voor zorg door kaakchirurgen, de relevante medisch-specialistische prestaties (overige zorgproducten)

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van cosmetische mondzorg. Onder cosmetische mondzorg verstaan wij de niet-medisch noodzakelijke tandheelkundige behandelingen ‘plaatsen van facings’ en ‘uitwendig bleken van tanden en kiezen’, die vallen binnen het experiment ‘vrije tarieven Cosmetische Mondzorg’ en waarvoor volgens de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit vrije tarieven gelden.

Orthodontie onder de 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van orthodontie als de verzekerde jonger dan 18 jaar is. Het gaat om de volgende codes:

Type behandeling	Prestatiecode
Beugels (orthodontie)	alle F-codes, eindigend op de letter 'A'

Materiaal- en techniekkosten

U heeft recht op vergoeding van materiaal- en techniekkosten bij de hiervoor genoemde codes, als die van toepassing zijn. Materiaal- en techniekkosten zijn de kosten voor het (laten) maken van een werkstuk zoals een kroon, kunstgebit of beugel. Uw vergoeding wordt berekend over maximaal het bedrag dat voor de betreffende behandeling is opgenomen in de Lijst maximale vergoeding techniekkosten. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/forms.

Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprothesen, eventueel te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Voor gebitsprothesen op tandheelkundige implantaten geldt daarbij een beperking. Uw vergoeding wordt berekend over maximaal € 275 (voor de TandExtra maximaal € 250) van de wettelijke eigen bijdrage van het implantaat gedragen uitneembare gebitsprothesen.

Spoedeisende mondzorg in het buitenland

U heeft recht op vergoeding van spoedeisende mondzorg in het buitenland. De dekking voor mondzorg in het buitenland telt alleen voor behandelingen die op de Lijst Spoedeisende mondzorg staan. Deze lijst kunt u bekijken via www.hollandzorg.com/nl/voorwaarden.

Waar moet ik op letten?

- Een tandarts (al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging) mag alle zorg verlenen.

- Een mondhygiënist (al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging) mag de zorg verlenen voor zover het zorg betreft die mondhygiënisten plegen te bieden.
- Een orthodontist mag alleen orthodontie verlenen.
- Een kaakchirurg mag alleen implantologie 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?

Ja, 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.

Begrippenlijst

Wat betekenen alle begrippen?

In deze polisvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

De met Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. afgesloten of af 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) apotheekhoudend huisarts in diens apotheek op kleine schaal is bereid (als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder d van de Geneesmiddelenwet).

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheekinstructie

De instructie voor de apotheker of apotheekhoudend huisarts voor de beoordeling van een artsenverklaring, die is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Deze kunt u bekijken via www.znformulieren.nl.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers (als bedoeld in artikel 61, 5^{e} 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 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 Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Artsenverklaring

De door de voorschrijver in te vullen, te dateren en te ondertekenen verklaring voor het betreffende geneesmiddel. De artsenverklaring is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Deze kunt u bekijken via www.znformulieren.nl.

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 Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten 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 staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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

Bekkenoefentherapie
Zorg die bekkenoefentherapeuten plegen te bieden.

BMI
Body Mass Index. De BMI laat zien of het gewicht gezond is in relatie tot de lengte.

BRP
Basisregistratie personen.

BSN
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, 1^{e} 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 erfelijkheidsadvisering
Een centrum dat een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering en, voor zover wettelijk vereist, een vergunning heeft krachtens de Wet toetreding zorgaanbieders. Erfelijkheidsadvisering 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 diagnose-behandelcombinatie. 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.

Dermatoloog
Een arts die als dermatoloog is ingeschreven in het register Dermatologie en venerologie van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

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 volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

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

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

EU-land
Een land dat lid is van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans-Guyana, Martinique, Réunion, 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.

Flebologie
Zorg die flebologen plegen te bieden, waaronder de behandeling van spataderen en oedeem.

Forensisch arts
Een arts die als forensisch arts is ingeschreven in het profielartsenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

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 afsluiten, 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 staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via +31 (0)570 687 123.

Geneesmiddelentekort
Een door ons aangewezen geregistreerd geneesmiddel kan tijdelijk niet of in onvoldoende 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 door een aanvullende verzekering bent verzekerd.

Geregistreerd geneesmiddel
Een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of een parallelhandelsvergunning is verleend volgens de Geneesmiddelenwet dan wel volgens 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 staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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

Geriatrische fysiotherapie
Zorg die geriatriefysiotherapeuten plegen te bieden.

Geriatrische oefentherapie
Zorg die geriatrie-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
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
Gelijknamig label van Salland Zorgverzekeraar N.V. In geval van verwijzingen naar aanvullende verzekeringen is met 'HollandZorg' bedoeld: het gelijknamige label van 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 Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten 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 jeugdtandverzorging
Een instelling voor het verlenen van mondzorg die zich kenmerkt door mondzorgaanbieders 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.

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 Artsen maatschappij en gezondheid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG; of
- als jeugdarts is ingeschreven in het profielartsenregister jeugdgezondheidszorg van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten 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 Aangezichtschirurgie die door de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen (RTS) van de KNMT is ingeschreven in het specialistenregister Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Kerninstallatie

Een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen.

Ketenzorg

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

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

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

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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 afgeronde, landelijk erkende vervolgopleiding voor het verplegen van kinderen, op hbo-niveau.

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 Registratiecommissie 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.

KNMT
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kraamverzorgende
Een geschoolde zorgaanbieder 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 (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 staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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, 1^{e} lid van de Wet BIG is ingeschreven.

Medische kindzorg
Zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, 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.

Meekijkconsult en meedenkadvies
Bij een meekijkconsult roept de huisarts de expertise in van een andere, meer gespecialiseerde zorgaanbieder om een passende diagnose, behandelbeleid of doorverwijzing te bepalen. Daarbij is er direct patiëntcontact, face-to-face of digitaal, tussen jou en die andere zorgaanbieder.

Bij een meedenkadvies vraagt de huisarts advies aan een andere, meer gespecialiseerde zorgaanbieder om een passende diagnose, behandelbeleid of doorverwijzing te bepalen, maar daarbij is geen direct patiëntcontact tussen jou en die zorgaanbieder.

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/particulier/klantenservice/tarievenlijsten2027. 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 hollandzorg.z-zoeker.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via+31 (0)570 687 123.

NIPT
Niet-invasieve prenatale test.

NZa
Nederlandse Zorgautoriteit.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie en/of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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 bootdienst.

Opname
Medisch noodzakelijk verblijf met een duur van 24 uur of langer tijdens een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen (3 jaar). Een onderbreking van de opname van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 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 mantelzorger 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 specialistenregister Orthodontie van de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen van de KNMT.

Orthopedagoog(-generalist)
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 voor Pedicures (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of het diploma Medisch Pedicure; of
- is opgenomen in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) dat wordt beheerd door Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ) in samenwerking met Stichting LOOP-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 voor Pedicures (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 voor physician assistants van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

Podologie

Zorg die registerpodologen en podoposturaal therapeuten plegen te bieden.

Podoposturaal therapeut

Een zorgaanbieder die is aangesloten bij de beroepsorganisatie Stichting LOOP-NMMV en als podoposturaal therapeut staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ).

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 specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten 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 staat geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie en/of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

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.

Registerpodoloog
Een zorgaanbieder die is aangesloten bij de beroepsorganisatie Stichting LOOP-NMMV en als registerpodoloog staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ).

Rekening
Ook wel nota of factuur genoemd. 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 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 Registratiecommissie 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 (arts spoedeisende hulp) is ingeschreven in het profielartsenregister van de Registratiecommissie 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 Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

Sportarts
Een arts die als arts maatschappij en gezondheid is ingeschreven in het register Artsen maatschappij en gezondheid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

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

SVB
Sociale Verzekeringsbank.

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

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

Tijdelijk verblijf in het buitenland
Een verblijf in het buitenland van maximaal 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 volgens 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 wordt 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.

Verkennend gesprek
Het verkennend gesprek zoals bedoeld in de beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek van de NZa. Een verkennend gesprek kan deel uitmaken van de geneeskundige ggz. Het verkennend gesprek is een gesprek tussen u, en in ieder geval een ggz-professional en een professional uit het sociaal domein (iemand in dienst van de gemeente of een welzijnsorganisatie). Daarnaast kan ook uw naaste(n) of een ervaringsdeskundige aansluiten. Tijdens het verkennend gesprek staat de hulpvraag van u centraal en wordt vanuit ggz en sociaal domein meegedacht over de best passende oplossing.

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.

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.

Verslavingsarts
Een arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het profielartsenregister van de Registratiecommissie 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 eigen risico.

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 (Zbc)
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 (de UAD-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet); en
- geneesmiddelen die zonder recept, maar wel alleen in een apotheek mogen worden geleverd (de UA-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet).

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

Ziekenhuisarts
Een arts die als ziekenhuisarts is ingeschreven in het profielartsenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

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 Dekking en vergoeding per zorgvorm voor de aanvullende verzekeringen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. De zorg en overige diensten in het artikel

Algemene mondzorg en het artikel Orthodontie onder de 18 jaar 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.

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, behoeften en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.

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 eenvoudige beantwoord kunnen worden.

Zorgverzekering
Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Premiebijlage

Premiegrondslag van de HollandZorg Basisverzekering

De premiegrondslag van de HollandZorg Basisverzekering bedraagt € 173,95 per verzekerde per maand.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico bedraagt per verzekerde € 400 per jaar.

Munsterstraat 7
7418 EV Deventer
+31 (0)570 687 123
www.hollandzorg.com